

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Feusi et Saïd, assesseures
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante,

et

V._____, à Lucerne, intimée.

Art. 1a et 28 LAMal ; art. 1a LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], traductrice indépendante, a été affiliée du 13 janvier 2009 au 30 septembre 2015 auprès de [...] SA (ci-après : l'assurance, V._____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, avec également la couverture du risque accident (police n° [...]). L'assurée a également conclu auprès de V._____, une assurance complémentaire au sens de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1).

Par courriel du 17 juin 2018 adressé à V._____, l'assurée a sollicité le versement d'indemnités journalières à compter du 25 juillet 2010, date à laquelle elle aurait été victime d'un accident. Dans ses correspondances subséquentes, l'assurée a expliqué être « handicapée » et souffrir d'une pneumonie chronique. Aussi revendiquait-elle une rente annuelle correspondant à 80 % de 150'000 francs, ce dès 2010.

Par décision du 28 août 2018, l'assurance a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci n'avait souscrit à aucune assurance facultative d'indemnités journalières.

S'opposant à cette décision, l'assurée a en substance reproché à l'assurance de n'avoir traité que de la couverture de l'assurance obligatoire des soins et non de la couverture de l'assurance-accidents. Se prévalant de la loi sur l'assurance-accidents et de la loi sur l'assurance-invalidité, elle a exposé avoir droit à des indemnités journalières, une rente d'invalidité, une aide familiale et des indemnités pour atteinte à l'intégrité.

Par décision sur opposition du 22 octobre 2018, V._____ a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que la couverture d'assurance dont celle-ci bénéficiait - à savoir celle relative à l'assurance obligatoire

des soins - ne permettait pas une prise en charge des prestations sollicitées.

B. Par acte du 23 novembre 2018, adressé à V._____, W._____ a recouru à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à l'octroi d'indemnités journalières, d'une rente, d'une aide familiale et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle s'est prévaluée de la loi sur l'assurance-accidents et de la loi sur l'assurance-invalidité pour asseoir ses prétentions.

Le 3 décembre 2018, V._____ a transmis l'acte de recours de l'assurée auprès de la Cour de céans.

Dans sa réponse du 17 décembre 2018, l'assurance a par ailleurs conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, le 23 novembre 2018, toutefois auprès de l'intimée, qui l'a adressé le 3 décembre suivant à la Cour de céans comme objet de sa compétence (art. 7 et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). On retiendra dès lors que la recourante a agi en temps utile auprès de l'intimée (art. 39 al. 2 et 60 al. 1

LPGA) et que son recours satisfait aux autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Par conséquent, le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières, à une rente, à une aide familiale et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement sur l'étendue de la couverture de sa police d'assurance auprès de V._____.

3. a) L'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a al. 1 LAMal).

En vertu de l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas (a) de maladie (art. 3 LPGA), (b) d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 8 ss LAMal), et (c) de maternité (art. 5 LPGA).

Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 de cette même loi en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal. En cas d'accident au sens de l'art. 1a al. 2 let. b LAMal, l'assurance

obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal).

b) En l'espèce, l'intimée a refusé les prestations demandées par la recourante au motif que la police d'assurance conclue ne prévoyait pas la prise en charge de telles prestations.

Il ressort en effet de la police n° [...] que la recourante était assurée auprès de l'intimée pour l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal, l'assurance complémentaire LCA ne relevant pas de la compétence de la Cour des céans. Selon ce même document, l'assurée n'a conclu aucune assurance d'indemnités-journalières (art. 67 ss LAMal).

Or, les prestations prévues par la LAMal sont allouées en cas de maladie, d'accidents ou de maternité (art. 1a al. 2 LAMal). En ce sens, la recourante bénéficie bien d'une couverture contre le risque d'accidents auprès de l'intimée. Toutefois, cette couverture lui ouvre uniquement le droit aux prestations prévues par la LAMal, tel que cela ressort de l'art. 28 LAMal. Cette couverture accidents selon la LAMal ne couvre le risque accidents que de manière subsidiaire (art. 8 al. 1 et 2 LAMal) et n'ouvre droit à aucune des prestations sollicitées par la recourante. Cette dernière ne cite d'ailleurs aucune disposition de la LAMal à l'appui de son recours.

4. a) S'agissant de l'assurance-accident au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), sont assurés à titre obligatoire conformément à la cette loi, les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés (let. a) ; ainsi que les personnes qui remplissent les conditions visées à l'art. 8 de la loi du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage (LACI) ou qui perçoivent des indemnités en vertu de l'art. 29 LACI (personnes au chômage ; [art. 1a al. 1 LAA]).

Est réputé travailleur au sens de cette dernière disposition, quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la législation fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS ; [art. 1 OLAA ; ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

Quant aux personnes exerçant une activité indépendante, celles-ci peuvent s'assurer à titre facultatif, si elles ne sont pas assurés à titre obligatoire (art. 4 LAA).

b) En l'occurrence, la recourante exerçait l'activité de traductrice indépendante, de sorte qu'elle n'était pas obligatoirement assurée en Suisse pour les prestations prévues par la LAA. L'art. 1a al. 1 let. a LAA qu'elle cite mentionne effectivement les travailleurs à domicile comme elle le souligne. Néanmoins et tel que mentionné *supra* (consid. 4a), par travailleurs au sens de cette disposition il faut comprendre les personnes exerçant une activité salariée, et non les personnes exerçant une activité indépendante, à l'instar de la recourante. En cette qualité, l'intéressée avait la possibilité de s'assurer pour les accidents conformément à l'art. 4 al. 1 LAA, soit de manière facultative. Or, elle n'a pas fait usage de cette faculté et n'a conclu aucune assurance de ce type avec l'intimée, qui ne couvre au demeurant le risque d'accidents, à titre subsidiaire, que pour les prestations prévues par la LAMal et non pour celles prévues par la LAA, comme mentionné ci-dessus (consid. 4b).

A titre superfétatoire, on relève encore que l'intimée n'est pas une autorité compétente pour allouer les prestations prévues par la loi sur l'assurance-invalidité, étant précisé que la recourante ne démontre pas que les conditions d'octroi de telles prestations seraient réalisées dans le cas d'espèce. Si la recourante estime néanmoins que tel est le cas, il lui appartiendra d'adresser une demande à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante, qui agit au demeurant sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 22 octobre 2018 par V._____ SA est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- W._____ ;
- V._____ SA ;
- Office fédéral de la santé publique ;

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :