

BGer 9C 253/2024 vom 17. Oktober 2024

Bundesgericht, 2024-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_253_2024

FR: TF 9C 253/2024 du 17 octobre 2024

IT: TF 9C 253/2024 del 17 ottobre 2024

Regeste

Assurance-maladie | Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

Le recours peut être interjeté pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il statue par ailleurs sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF), sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant qui entend s'en écarter doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l' art. 105 al. 2 LTF sont réalisées sinon un état de fait divergent ne peut pas être pris en considération.

E. 2

Les constatations de l'autorité cantonale de recours sur l'atteinte à la santé, la capacité de travail de la personne assurée et l'exigibilité - pour autant qu'elles ne soient pas fondées sur l'expérience générale de la vie - relèvent d'une question de fait et ne peuvent donc être contrôlées par le Tribunal fédéral que sous un angle restreint (ATF 132 V 393 consid. 3.2). On rappellera également qu'il n'y a pas arbitraire du seul fait qu'une solution autre que celle de l'autorité cantonale semble concevable, voire préférable. Pour qu'une décision soit annulée pour cause d'arbitraire, il ne suffit pas que sa motivation soit insoutenable; il faut encore que cette décision soit arbitraire dans son résultat (ATF 141 I 70 consid. 2.2).

E. 3.1

Le litige a trait au droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain selon les art. 67 ss LAMal au-delà du 30 juin 2021. Il porte plus particulièrement sur la détermination de la capacité de travail de l'assuré depuis le 10 mars 2021, soit à compter de l'examen du docteur C._____.

E. 3.2

L'arrêt attaqué expose de manière complète les dispositions légales et les principes jurisprudentiels relatifs au droit à des prestations de l'assurance facultative d'une indemnité journalière (art. 67 à 77 LAMal), ainsi qu'à la notion d'incapacité de travail (art. 6 LPGA), en particulier s'agissant de l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage en relation avec l'exigibilité de mettre à profit une capacité de travail résiduelle dans une autre activité professionnelle en cas d'incapacité de travail de longue durée (art. 6, 2e phrase, LPGA; ATF 129 V 460 consid. 4.2). Il rappelle également les règles applicables à la valeur probante des rapports médicaux (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3) et à la libre appréciation des preuves (art. 61 let . c LPGA). Il suffit d'y renvoyer.

E. 3.3

On rappellera, à la suite de l'instance précédente, que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision (sur opposition) litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a; arrêt 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3).

E. 4.1

La juridiction cantonale a d'abord considéré que c'était à bon droit que l'assureur-maladie intimé s'était fondé sur les conclusions du docteur C._____ lorsqu'il avait mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2021 (décision sur opposition du 19 août 2021). En effet, l'expertise du docteur C._____, rendue en mars 2021, remplissait les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux et n'avait été contestée par aucun avis médical contraire d'une "valeur probante prépondérante" au moment où l'intimée avait rendu sa décision sur opposition (le 19 août 2021). Les premiers juges ont ensuite examiné si les rapports médicaux produits après la décision sur opposition pouvaient être pris en compte. Dans le cadre de leur examen, ils ont considéré, en se fondant sur les avis du docteur D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'intimée (rapports du 1er novembre 2021, ainsi que des 19 janvier et 19 mai 2022), qu'aucune atteinte psychiatrique incapacitante ne pouvait être tenue pour établie lors de la fin des prestations d'assurance au 30 juin 2021, ainsi qu'à la date de la décision sur opposition entreprise. Sur le plan somatique, ils ont nié que le docteur E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), eût fourni des éléments permettant de retenir que les conclusions du docteur C._____ quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée fussent lacunaires ou erronées au moment de la décision entreprise. Les juges précédents ont exposé à cet égard que dans son rapport du 8 septembre 2022, pour fixer rétroactivement une incapacité de travail totale dans toute activité dès août 2020, le docteur E._____ s'était fondé sur les avis des médecins traitants sans autre examen et sans motiver pour quel motif il s'écartait des autres évaluations. Quant à la doctoresse F._____, spécialiste en neurochirurgie, elle avait indiqué, dans son rapport du 23 décembre 2021, qu'un problème neurochirurgical avait été "écarté" en septembre 2021 et que face à la stagnation de la situation médicale de son patient, elle avait de la peine à se prononcer sur sa capacité de travail; elle n'avait néanmoins pas relevé de changement notable depuis août 2021. Aussi la juridiction précédente a-t-elle confirmé la décision sur opposition rendue par l'intimée. Au vu de cette issue, elle a laissé ouverte la question de la validité de la résiliation du contrat d'assurance par le recourant avec effet rétroactif au 30 juin 2021.

E. 4.2

Dans son écriture de recours, l'assuré se prévaut d'une violation du droit, ainsi que du principe de la libre appréciation des preuves et de la maxime inquisitoire. Il reproche à la juridiction cantonale d'avoir nié qu'il présentât une incapacité de travail et de gain en raison tant d'une pathologie lombaire que d'une pathologie psychique. L'assuré fait également grief aux premiers juges d'avoir laissé ouverte la question de la validité de la résiliation du contrat d'assurance avec effet rétroactif au 30 juin 2021. Il allègue en substance que cette résiliation n'est pas valable, dans la mesure où l'intimée n'avait pas adressé à son avocate son courrier du 15 décembre 2021 par lequel elle indiquait accepter la résiliation sollicitée par le recourant (sans en avertir son avocate) le 2 novembre 2021. Selon l'intéressé, compte tenu de son "incapacité de travail et de gain après le 1er juillet 2021" et de l'absence de validité de la résiliation du contrat d'assurance, il a droit à des indemnités journalières jusqu'à épuisement de son droit.

E. 4.3

Pour sa part, Mutuel Assurance fait valoir que c'est à bon droit que la juridiction de première instance s'est fondée sur les conclusions du docteur C. _____ quant la capacité de travail exigible de l'assuré sur le plan somatique (90 % dans une activité adaptée dès le 10 mars 2021) et qu'elle a nié que le recourant présentât une incapacité de travail sur le plan psychiatrique au moment de la décision sur opposition du 19 août 2021. S'agissant de la résiliation du contrat d'assurance par l'assuré, l'intimée se rallie à la conclusion des juges précédents, selon laquelle cette question pouvait être laissée ouverte puisque c'était à juste titre qu'elle avait cessé de verser les prestations d'assurance à fin juin 2021.

L'assureur-maladie expose également qu'il n'a fait que donner suite à l'ordre de l'assuré de mettre un terme à la couverture d'assurance et qu'il appartenait au recourant d'informer son avocate de la résiliation du contrat d'assurance qu'il avait sollicitée par courrier du 2 novembre 2021.

E. 5.1

À l'appui d'abord de son grief relatif à une incapacité de travail et de gain en raison d'une pathologie lombaire, le recourant remet en cause la conclusion des premiers juges, selon laquelle aucun médecin n'avait apporté d'éléments objectifs permettant de retenir que l'exercice d'une activité adaptée telle que celle décrite par le docteur C. _____ n'était pas exigible de sa part. Il fait en substance valoir qu'il ressort des rapports médicaux versés au dossier que la pathologie lombaire diagnostiquée par le docteur C. _____ s'était clairement aggravée avant même la décision sur opposition du 19 août 2021, au point qu'une intervention chirurgicale avait dû être effectuée le 17 août 2022. Dans ce contexte, l'assuré affirme que sa situation n'était pas stabilisée lorsque l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières. Son argumentation est mal fondée, pour les raisons qui suivent.

E. 5.1.1

Selon les constatations cantonales, lors de la décision du 19 août 2021, une intervention chirurgicale n'avait été envisagée qu'en cas de succès réitéré des infiltrations diagnostiques, ce qui n'était alors pas le cas compte tenu de leur inefficacité constatée notamment par le docteur C. _____ (rapport du 12 mars 2021). Le recourant admet à cet égard que les douleurs étaient revenues avec la même intensité après une injection effectuée en février 2021. Cela étant, contrairement à ce qu'il affirme, dans son rapport du 15 juillet 2021, la doctoresse G. _____, spécialiste en anesthésiologie, qui avait pratiqué les infiltrations en

cause, ne s'était pas prononcée en faveur d'une prise en charge opératoire. Elle avait en effet seulement référé son patient à la doctoresse F. _____ afin que sa consoeur procède à une "réévaluation d'une indication opératoire" (rapport du 15 juillet 2021). À ce propos, ce n'est que le 12 mai 2022 que la doctoresse F. _____ avait indiqué que se posait la question d'une prise en charge chirurgicale, tout en rappelant qu'il y avait un risque que son intervention ne permît pas d'améliorer la situation de son patient. Auparavant, on constate, à la suite des premiers juges et comme le fait également valoir l'intimée, que dans son rapport du 23 décembre 2021, soit plus de quatre mois après la décision litigieuse du 19 août 2021, la doctoresse F. _____ avait expliqué qu'elle n'avait plus revu le recourant depuis le 21 septembre 2021, date à laquelle elle avait "écarté" un problème neurochirurgical, en se référant aussi à la stagnation de la situation médicale de son patient. À ce moment-là, la neurochirurgienne traitante n'avait alors pas posé d'indication à une prise en charge chirurgicale. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de la considération des premiers juges, selon laquelle les éléments qui précèdent justifiaient que l'assuré dût s'orienter sans attendre vers une activité adaptée afin de réduire le dommage. Cette conclusion vaut au demeurant d'autant plus que le recourant s'était inscrit auprès de l'assurance-chômage dès le 23 août 2021 et avait produit un certificat du docteur H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, qui confirmait qu'il disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée légère respectant les limitations qu'il avait décrites. Pour le surplus, en ce qu'il se limite à affirmer que le docteur C. _____ n'est pas neurochirurgien, mais spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, le recourant ne s'en prend pas sérieusement à la valeur probante de l'expertise du 12 mars 2021 (cf. arrêt 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.2 et la référence).

E. 5.1.2

Quant aux avis du docteur I. _____, médecin-conseil de l'intimée, des 25 mai et 28 juin 2022, c'est en vain que le recourant s'y réfère. En ce qu'il a indiqué que la perte de gain serait couverte par l'intimée en cas d'intervention chirurgicale, puis que la situation semblait s'être aggravée au vu de l'intervention neurochirurgicale désormais prévue le 17 août 2022, le médecin-conseil s'est en effet prononcé sur l'état de santé de l'assuré sur une période postérieure à la décision litigieuse du 19 août 2021, qui circonscrit l'état de fait déterminant pour l'examen par le juge (cf. consid 4.3 supra).

E. 5.1.3

Le recourant ne peut pas davantage être suivi lorsqu'il se prévaut de la décision du 1er décembre 2022, par laquelle l'office AI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2021. En effet, pour admettre que l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis le 25 août 2020, l'administration s'est fondée sur le rapport du docteur E. _____ du 8 septembre 2022, dans lequel le médecin du SMR avait indiqué que la capacité de travail de l'assuré était "actuellement" nulle dans toute activité, sans se prononcer sur la capacité de travail dont celui-ci disposait antérieurement. À la suite des juges précédents, on doit constater que pour fixer rétroactivement une incapacité de travail totale dans toute activité dès août 2020, l'office AI s'est fondé sur les avis du docteur E. _____, alors que celui-ci n'a pas expliqué pour quel motif il s'écarterait des évaluations au dossier en ce qui concerne la période antérieure au printemps 2022. On ajoutera par ailleurs que dans ses précédents rapports des 6 mai et 13 juillet 2022, le docteur E. _____ avait indiqué que les renseignements à disposition ne lui permettaient pas de "statuer".

E. 5.2

Le recourant se prévaut ensuite d'une incapacité de travail et de gain sur le plan psychiatrique, en se référant à l'avis de ses psychiatres traitants (les docteurs J. _____ et K. _____), selon lesquels il présente un épisode dépressif modéré à sévère. Par son argumentation, le recourant ne fait pas état d'éléments cliniques ou diagnostiques concrets et objectifs susceptibles de mettre en cause les conclusions médicales suivies par les premiers juges, ni de motifs susceptibles d'établir le caractère arbitraire de leur appréciation. Or l'instance précédente a dûment exposé les raisons pour lesquelles elle a considéré que les diagnostics posés par les psychiatres traitants de l'assuré n'étaient pas incapacitants au moment déterminant (arrêt entrepris consid. 3.2 p. 27). En particulier, le recourant n'avait commencé un suivi psychiatrique que postérieurement à la décision querellée du 19 août 2021 et aucune incapacité de travail n'avait été attestée, à tout le moins lors de la fin des prestations d'assurance au 30 juin 2021, pas plus qu'à la date de la décision entreprise. À cet égard, le recourant ne saurait rien tirer en sa faveur de l'avis du docteur E. _____ du 13 juillet 2022. Contrairement à ce qu'affirme l'assuré, le médecin du SMR n'a pas indiqué que différents médecins avaient confirmé "la pathologie psychiatrique incapacitante". Le médecin a seulement relevé que les différents rapports n'apportaient pas de précisions claires relatives au caractère incapacitant du dernier diagnostic psychiatrique posé et qu'il était nécessaire de demander un rapport médical au psychiatre traitant afin d'en connaître l'évolution.

E. 5.3

En définitive, au vu des arguments avancés, c'est à bon droit que la juridiction cantonale a confirmé la décision administrative du 19 août 2021. Dans ces circonstances, et au regard de l'objet du litige (consid. 3.1 supra), il n'y a pas lieu d'examiner les griefs du recourant en relation avec la résiliation du contrat d'assurance avec effet rétroactif au 30 juin 2021. Le recours est mal fondé.

E. 6

Le recourant, qui succombe, supportera les frais de la procédure (art. 66 al. 1 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.