

FR_GERICHTE 608 2015 155 vom 9. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_155

FR: FR_GERICHTE 608 2015 155 du 9 mars 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 155 del 9 marzo 2017

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 25

mars 2015, concluant, principalement, au versement d'indemnités journalières dès le 1er avril 2015 et pour une durée indéterminée, subsidiairement, à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. Parmi les pièces qu'elle produit figurent en particulier des certificats médicaux de la Dresse D._____, FMH psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 23 février 2015, date du début du suivi, ainsi que son rapport du 27 avril 2015 diagnostiquant un syndrome dépressif sévère et un burnout suite à un conflit au travail qui a provoqué sa décompensation, laquelle ne lui permet plus de travailler au même endroit. C. Par décision du 25 juin 2015, l'assureur rejette l'opposition précitée, en substance avec la motivation suivante: selon son médecin-conseil, le Dr C._____ a clairement indiqué qu'une reprise du travail pouvait intervenir dès le 1er avril 2015 chez un autre employeur; de plus, l'arrêt de travail résulte exclusivement de la dégradation de l'ambiance chez l'employeur; la Dresse D._____ a également mentionné, le 27 avril 2015, que sa patiente pourrait reprendre une activité normalement chez un autre employeur; elle ne subit donc aucune perte, totale ou partielle, de son aptitude à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle à partir du 1er avril 2015, la "notion d'incapacité de travail au sens de la LPGA n'est donc plus remplie dès cette date". Un échange de courriers intervient ensuite entre le nouveau mandataire de l'assurée et l'assureur. Le 1er juillet 2015, l'assurée s'inscrit, à 100%, auprès de l'assurance-chômage. D. Contre la décision sur opposition précitée, l'assurée interjette recours le 25 août 2015, concluant, sous suite de dépens, à ce que l'assureur soit condamné à lui verser les indemnités journalières dues du 1er avril au 30 juin 2015, en raison d'une incapacité de travail totale attestée médicalement, avec intérêts à 5% l'an dès le 25 août 2015. Elle se plaint d'une constatation inexacte des faits pertinents: à aucun moment les médecins traitants n'ont affirmé de manière catégorique que leur patiente pouvait reprendre une activité lucrative à temps complet chez un autre employeur dès le 1er avril 2015, même si une telle éventualité était envisagée pour le futur; ils ont d'ailleurs confirmé, le 18 août 2015 pour la Dresse D._____, le 21 du même mois pour le Dr C._____, que l'incapacité de travail de leur patiente était totale durant toute la période précitée. En ne cherchant pas des précisions auprès de ces médecins, l'assureur a violé le droit d'être entendue de son assurée et fait preuve d'arbitraire. Dans ses observations du 5 novembre 2015, l'assureur conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En se fondant sur les rapports médicaux des 13 février et 28 mars 2015 du Dr C._____, et du 27 avril 2015 de la Dresse D._____, une

capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle doit être reconnue dès le 1er avril 2015. Ces médecins s'accordent à dire que les symptômes sont à mettre en lien avec l'environnement professionnel actuel; l'incapacité de travail est donc motivée essentiellement par des motifs non médicaux dont l'assureur n'a pas à répondre.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Ces observations sont transmises à la recourante pour information. Le 9 novembre 2015, elle est mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale, Me Känel lui étant désigné défenseur d'office (608 2015 156). Ce dernier transmet sa liste de frais le 30 novembre 2015. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 1a al. 1 et 2 let. a de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), dite loi régit l'assurance-maladie sociale, qui alloue des prestations notamment en cas de maladie; elle comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. Conformément à l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Selon l'art. 72 al. 2 1ère et 2ème phr. et al. 3 1ère phr. LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié; à défaut d'accord contraire, le droit naît le troisième jour qui suit le début de la maladie; les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. b) Le versement d'une indemnité journalière de l'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail. Selon l'art. 6 LPGA, auquel renvoie l'art. 72 al. 2 1ère phr. LAMal, est réputée telle toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. De jurisprudence constante, il appartient en effet à l'assuré, victime d'un accident ou d'une maladie, de tout mettre en œuvre afin de diminuer le dommage (ATF 111 V 239 consid. 2a, 114 V 281 consid. 3a; 129 V 460). A cet égard, un délai convenable peut lui être fixé pour lui permettre de retrouver du travail dans une activité adaptée, délai que la jurisprudence estime devoir être de trois à cinq mois (ATF 114 V 281 consid. 4b; 111 V 235 consid. 2a). Est donc considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état de santé (ATF 129 V 51 consid. 1.1 et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui; en revanche, la seule estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (cf. arrêt TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.3 et les références). c) Le juge des assurances sociales apprécie librement les

preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du

E. 29

janvier 2008). 3. Est litigieux le droit de la recourante à une indemnité journalière en cas de maladie du 1er avril 2015 au 30 juin 2015. Doit être déterminé ici si l'intéressée était toujours en incapacité de travail et de gain déterminantes durant cette période, ou si, comme le soutient l'assureur (observations du 5 novembre 2015, En droit, ch. 10), en indiquant se fonder pour cela sur les rapports médicaux du Dr C. _____ des 13 et 28 mars 2015, ainsi que sur celui du 27 avril 2015 de la Dresse D. _____, sa capacité de travail était de 100% dans son activité habituelle dès le 1er avril 2015. a) L'assureur base sa motivation sur la jurisprudence rappelée plus haut relative à la portée des pièces médicales. La Cour n'a nul motif de s'en distancier, mais force est de constater que fait précisément ici défaut tout rapport médical (d'un médecin-conseil, d'un expert, etc.) hormis ceux des médecins traitants de l'assurée, auxquels renvoie expressément l'autorité intimée. Au dossier, il est simplement rapporté (cf. décision du 25 mars 2015) qu'après examen des pièces reçues (essentiellement le rapport du 13 février 2015 du Dr C. _____, cf. observations du 5 novembre 2015, En fait, ch. 9), le médecin-conseil a constaté que l'incapacité de travail provient essentiellement de l'environnement professionnel actuel et qu'en l'absence de ce facteur non médical, l'intéressée est totalement apte à travailler dans son domaine d'activité. Aucun rapport,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 aucune annotation (par exemple quant à la date à partir de laquelle la capacité de travail devrait être considérée comme totale) de ce médecin-conseil FMH médecine interne général n'ont été produits. De plus, il n'est pas allégué que ce médecin-conseil ou un médecin d'une autre spécialité ait remis en cause l'existence d'une incapacité totale de travail jusqu'au 31 mars 2015, ni qu'ils aient été amenés à se prononcer

sur les pièces déposées subséquentement, notamment sur le rapport du 28 mars 2015 du Dr C._____, annonçant en particulier la mise en place d'un suivi psychiatrique et la prise d'un antidépresseur tricyclique, et sur le rapport du 27 avril 2015 de la psychiatre traitante, pièces auxquelles se réfère pourtant l'assureur. Dit autrement, l'on ne dispose d'aucun avis médical contraire et motivé explicitant en quoi la position des praticiens susmentionnés est erronée, singulièrement quant à la poursuite d'une incapacité de travail totale après le 1er avril 2015. La seule circonstance que ceux-ci sont les médecins traitants de l'assurée ne suffit pas pour écarter purement et simplement leur avis à cet égard. S'agissant plus particulièrement du 1er avril 2015, c'est manifestement une mauvaise lecture du rapport du 28 mars 2015 du Dr C._____ que fait l'assureur lorsqu'il affirme que ce praticien y indique que l'assurée bénéficie d'une pleine capacité de travail chez un autre employeur dès cette date (cf. décision sur opposition, considérant, ch. 5; lettre du 20 juillet 2015): au chiffre 1.6 du rapport, à la question de savoir si un changement de place de travail, cas échéant auprès d'un autre employeur, aurait une influence positive sur la capacité de travail, et si oui, dans quelle mesure (période et taux), le médecin a coché la réponse "oui" et ajouté "v. 1.4"; cette mention ne peut se comprendre que comme "voir ch. 1.4" – dans lequel en effet, il était rapporté que la patiente est hantée par l'idée de devoir reprendre son travail à l'ancien lieu de travail, donc chez son employeur actuel –, et non, "vers" (ou "vraisemblablement", etc.) le 1er avril 2015; lorsqu'il se prononce sur la capacité de travail dans ce même certificat, ce docteur le fait d'ailleurs en indiquant l'année (cf. ch. 4.1: "27.9.14"; ch. 4.2: "50% à partir de 1.6.15 / 100% à partir de 1.8.15"). Il serait d'ailleurs incompréhensible de considérer que ce médecin retient, le 28 mars 2015, une capacité totale de travail dès le 1er avril 2015, tout en indiquant que l'incapacité de travail est la même depuis le 27 septembre et jusqu'à "présent", soit de 100% (cf. certificats antérieurs). Surtout, il est d'avis qu'une reprise de travail (chez un autre employeur, selon ce qui découle clairement de l'ensemble du rapport) "graduelle est souhaitable", qu'il ne prévoit d'abord qu'à 50%, et ce uniquement à partir du 1er juin 2015, puis à 100%, mais pas avant le 1er août 2015. L'interprétation de l'assureur est dès lors en contradiction avec ce qui précède. De même, le rapport du 27 avril 2015 de la psychiatre traitante ne dit-il pas que la patiente dispose d'une pleine capacité de travail depuis le 1er avril 2015. Certes, à la question 5 relative à la capacité actuelle, la doctoresse répond-elle qu'elle est nulle chez l'employeur actuel, mais que chez un autre, elle "pourrait reprendre une activité normalement"; mais la réponse 6, portant sur la possibilité d'une reprise d'une activité professionnelle, précise ce dernier point: "Prochainement et d'une manière progressive. Pour le moment, elle est en incapacité de travail totale jusqu'au 14.05.2015 et par la suite, elle pourra progressivement reprendre une capacité de travail". Pour la Cour, à l'instar du Dr C._____, la psychiatre traitante considère donc que la capacité de travail est nulle alors et le demeurera jusqu'au 14 mai 2015 – une nouvelle consultation aura lieu alors; la poursuite de l'incapacité totale y fut attestée – non seulement auprès de l'employeur actuel, mais pour tout employeur, et que ce n'est qu'ultérieurement (pronostic), qu'elle diminuera progressivement, avec une reprise d'activité, mais avec une autre embauche. On ne peut dès lors considérer que les médecins ont retenu une capacité de travail totale chez un autre employeur dès le 1er avril 2015.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 b) Certes ressort-il des rapports des médecins traitants que la perception qu'a l'assurée – qui a connu une incapacité de 100% une dizaine de jours consécutifs quelque deux mois avant la fin septembre 2014 (cf. récapitulatif de l'ancien employeur du 22 janvier 2015) et qui craint fortement de devoir retourner sur son lieu de travail – de dégradation de sa situation de travail influence sa capacité de travail. On ne peut

pour autant conclure ici, où fait défaut tout rapport médical l'affirmant et l'explicitant (de façon suffisante), avec l'assureur qu'il n'y a dès lors (plus) qu'un facteur non médical à l'œuvre, et donc (implicitement) ni atteinte à la santé, ni incapacité déterminante en découlant, parce que les symptômes seraient à mettre en lien avec l'environnement professionnel actuel et que l'assurée ne pourrait invoquer tout au plus qu'un empêchement de travailler déterminé, à savoir auprès de son employeur (cf. détermination du 5 novembre 2015, En droit, ch. 15; décision attaquée, Considérant, ch. 8). Ce qui importe, en effet, ce n'est pas l'origine, le contexte lié à l'incapacité de travail, mais bien le point de savoir s'il existe ou non, après le 1er avril et jusqu'au 30 juin 2015, une atteinte à la santé engendrant une incapacité de travail suffisante pour que soient servies des indemnités journalières (capacité réduite d'au moins 50% selon l'art. 72 LAMal; à partir de 25% d'incapacité, selon l'art. 13 des conditions générales de l'assureur). A cet égard, il est d'abord relevé que l'ancien assureur a presté et que le nouvel assureur, qui a poursuivi le versement d'indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2015, n'explique pas clairement pourquoi, médicalement parlant, il n'y aurait pas/plus lieu de le faire après le 1er avril 2015, parce que toute atteinte à la santé déterminante aurait alors disparu – étant relevé au passage qu'affirmer (cf. détermination du 8 novembre 2015, En droit, ch. 15) que l'incapacité de travail est motivée "essentiellement" par des motifs non médicaux n'exclut pas qu'existe bien une telle incapacité motivée par des motifs médicaux, soit une atteinte à la santé; d'ailleurs, dans la décision attaquée (cf. Considérant, ch. 9), il indique à l'assurée que la loi sur l'assurance-chômage prévoit un droit aux indemnités "en cas de nécessité de changer d'employeur pour des raisons médicales". Ensuite, alors qu'il se réfère à la capacité de travailler sur le plan médico-théorique (cf. décision sur opposition, Considérant, ch. 1), l'assureur omet notamment le fait que le Dr C. _____ a non seulement attesté de l'existence d'une incapacité totale de travail, y compris après le 1er avril 2015, mais a tôt mis en exergue une atteinte à la santé d'ordre psychique influençant la capacité de travail (cf. le rapport du 13 février 2015 [crises d'angoisse avec hyperventilation] et celui du 28 mars 2015 [introduction d'un antidépresseur; suivi psychiatrique mis en place; "Instabilité psychique avec des crises d'angoisses avec des Engourdissements des Mains + Bras" qualifiés d'intenses, soit le plus haut degré possible selon le formulaire]; également le rapport d'un pneumologue, du 29 septembre 2014: troubles respiratoires demeurant atypiques et paraissant en premier lieu des manifestations fonctionnelles liées à un stress actuel au niveau professionnel). Et la psychiatre traitante, qui suit l'assurée depuis le 23 février 2015, a indiqué, le 27 avril 2015, que la situation au travail avait provoqué une décompensation chez l'assurée et que celle-ci souffrait (encore), outre d'un burnout, d'un syndrome dépressif sévère – soit une atteinte à la santé effectivement susceptible de créer une incapacité de travail significative, ce quel que soit l'employeur ou le lieu de travail, mais pouvant en général s'amender avec un traitement approprié de quelques mois. Les pièces médicales sur lesquelles l'assureur fonde sa décision attaquée ne peuvent être comprises autrement que comme l'attestation de la permanence d'une incapacité de travail totale et "générale" – quel que soit le lieu de travail et/ou l'employeur, et non uniquement à son ancienne

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 place de travail – au-delà du 31 mars 2015 (et jusqu'au 30 juin 2015), laquelle a été au reste confirmée expressément par ces praticiens (cf. les indications du Dr C. _____, du 28 avril et du 21 août 2015, et du Dr D. _____, du 28 avril et du 18 août 2015). Or, la Cour ne dispose d'aucun élément médical propre à lui permettre de disputer, voire d'écarter de façon motivée ces avis de médecins selon lesquels

découle des atteintes à la santé constatées une incapacité de travail de 100% pour toute la période litigieuse, indépendamment du lieu de travail et de l'employeur. En effet, l'assureur, qui, conformément au principe inquisitoire, pouvait prendre d'office les mesures d'instructions nécessaires et recueillir les renseignements dont il avait besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG), n'a jamais demandé des précisions aux praticiens concernés, ni invité un médecin-conseil (cas échéant, spécialiste en psychiatrie) à se prononcer sur les nouveaux rapports médicaux produits, pas davantage qu'il n'a invité l'assurée de se soumettre à un examen médical nécessaire à l'appréciation du cas (cf. art. 43 al. 2 LPG). Enfin, l'on relèvera que s'il existe bien pour un assuré un devoir de diminuer son dommage, ici, même si l'on devait retenir, ce qui n'est pas le cas, qu'existait à partir du 1er avril 2015 une capacité de travail totale, l'on ne pourrait pour autant considérer qu'en décidant, le 25 mars 2015, d'une fin du versement des prestations au plus tard le 31 du même mois, l'assureur a ainsi ménagé un délai convenable à l'assurée pour mettre en valeur sa capacité de travail dans la mesure pouvant être exigée d'elle, au besoin auprès d'un autre employeur, délai convenable que la jurisprudence estime de trois – ce qui aurait amené la poursuite du versement des indemnités au 30 juin 2015 également – à cinq mois. c) Au vu de ce qui précède, la Cour retient que l'incapacité de travail de l'assurée était totale du 1er avril 2015 au 30 juin 2015. Partant, l'assureur doit lui verser les indemnités journalières auxquelles elle a droit pour cette période. Un intérêt à 5% l'an sur celles-ci depuis le 25 août 2015 n'est pas dû (cf. art. 26 al. 2 LPG). Il s'ensuit l'admission du recours, et l'annulation de la décision attaquée. 4. Conformément au principe de la gratuité valant en la matière, il ne sera pas perçu de frais de justice. En application des art. 137 al. 1 et 3 CPJA, 8 al. 1 et 11 al. 2 du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), les honoraires seront fixés sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-; eu égard à la liste frais produite, l'équitable indemnité est fixée à raison de 8.56 (514 min.) x CHF 250.-, soit à CHF 2'140.-, plus CHF 57.20 de débours, et plus CHF 175.75 au titre de la TVA à 8%, soit un total de CHF 2'372.15, indemnité intégralement mise à la charge de l'assureur, qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, Mutuel Assurance Maladie SA, à Martigny, est astreinte à payer A. _____ des indemnités journalières entières pour la période du 1er avril au 30 juin 2015, plus intérêt à 5% l'an dès le 25 août 2015. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. L'équitable indemnité allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'140.- d'honoraires, plus CHF 57.20 de débours, et plus CHF 175.75 au titre de la TVA à 8%, soit un total de CHF 2'372.95; elle est mise intégralement à la charge de Mutuel Assurance Maladie SA. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 9 mars 2017/djo Président Greffier-rapporteur