

FR_GERICHTE 608 2015 48 vom 22. Dezember 2016

FR Kantonsgericht, 2016-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_48

FR: FR_GERICHTE 608 2015 48 du 22 décembre 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2015 48 del 22 dicembre 2016

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2015 48 Arrêt du 22 décembre 2016 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Hugo Casanova, Anne-Sophie Peyraud Greffière-rapporteuse: Carine Sottas Parties A. _____, recourant, assisté par Matthias Rentsch, curateur contre HELSANA ASSURANCES SA, autorité intimée Objet Assurance-maladie (indemnités journalières) Recours du 9 mars 2015 contre la décision sur opposition du 6 février 2015 Tribunal cantonal TC Page 2 de 6 considérant en fait A. A. _____, né en 1977, marié et père de deux enfants mineurs, domicilié à J. _____, était employé comme maçon auprès de B. _____ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse-maladie Helsana (ci-après Helsana), pour la couverture de sa perte de gain maladie. Il a été victime d'un AVC le 19 mai 2013. Il a été en incapacité de travail totale depuis le 8 juillet 2014 en raison de douleurs au dos apparues début juillet 2014 et accessoirement d'une contusion au pied gauche qu'il s'était faite le 19 juillet 2014. Par décision du 25 novembre 2014, confirmée sur opposition le 6 février 2015, Helsana a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1er décembre 2014. Elle a considéré, sur la base du dossier médical et notamment d'une expertise psychiatrique et d'une expertise orthopédique, que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité de maçon. Le 25 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, qui n'a à ce jour pas rendu de décision. B. Le 9 mars 2015, l'assuré, assisté par son curateur, interjette recours contre cette décision sur opposition et conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et à la poursuite du versement des indemnités journalières. A l'appui de ses conclusions, il soutient en substance qu'il ne se sent pas du tout capable de travailler et produit plusieurs déclarations d'incapacité de travail établies par son médecin traitant. Dans ses observations du 30 mars 2015, Helsana conclut au rejet du recours. Elle allègue que les conclusions des expertises sont confirmées par d'autres rapports médicaux et par le fait que le recourant s'est annoncé au chômage. Elle ajoute ne pas être tenue de verser des prestations au-delà de la fin des rapports de travail et que l'assuré devra faire valoir son droit de passage dans l'assurance individuelle s'il entend faire valoir un quelconque droit à des indemnités au-delà de la fin de son contrat au 31 janvier 2015. Par courrier du 17 juin 2015, le recourant maintient sa position et produit de nouveaux certificats médicaux de son médecin traitant. Il relève qu'il se rend régulièrement à l'hôpital de l'Ile pour des contrôles depuis son AVC du 19 mai 2013. Le 4 septembre 2015, Helsana indique que l'AVC s'est produit le 19 mai 2013 et qu'il figure dans les rapports d'expertises. Par ailleurs, elle indique

que le médecin traitant ne fait pas état d'une affection ou d'une pathologie qui n'aurait pas été prise en compte par les experts. Le 11 septembre 2015 et le 2 décembre 2015, le recourant produit de nouveaux certificats médicaux. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières 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. Tribunal cantonal TC Page 3 de 6 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, 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), la présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

L'assurance-maladie sociale alloue des prestations notamment en cas de maladie.

Conformément à l'art. 3 al. 1 de la loi 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. b) 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. A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance 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. Le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail.

Selon l'art. 6 LPGA, auquel renvoie l'art. 72 al. 2 1ère phr. LAMal précité, est réputée incapacité de travail 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. 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 114 V 283 consid. 1c; 111 V 239 consid. 1b). 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 productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui. En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 114 V 283 consid. 1c et les références). Ces principes, développés sous l'empire de la LAMA, sont également applicables sous le nouveau régime de la LAMal (RAMA 1998 n°45 p. 430). c) Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, il ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 du dossier Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 (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. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références). 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). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 29 janvier 2008).

3. Est en l'espèce litigieuse la fin du droit aux indemnités journalières du recourant, ce qui implique d'évaluer sa capacité de travail au-delà du 1er décembre 2014. Il convient pour ce faire de se référer en premier lieu au dossier médical. Il n'est pas contesté que le recourant a subi une attaque cérébrale le 19 mai 2013 ni qu'il souffre de douleurs dorsales depuis début juillet 2014 ni que la contusion au pied est guérie. Seule est litigieuse l'influence des suites de l'attaque et celle des douleurs dorsales sur sa capacité de travail. Il ressort du dossier médical que les séquelles de l'attaque cérébrale – légères perturbations aphasiques et migraines chroniques – n'ont pas empêché le recourant de reprendre le travail et d'être professionnellement actif jusqu'en juillet 2014. Il n'est pas non plus attesté d'une aggravation ou influence de ces atteintes sur la capacité de travail. Le Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, indique au contraire le 8 septembre 2014 que celle-ci était de 100 %. Enfin, l'assuré ne se plaint pas de ces troubles dans ses écritures, de sorte que ceux-ci ne sont toujours pas de nature à l'empêcher de travailler. Quant aux douleurs dorsales, aucun médecin ne retient une incapacité totale de travail, mais tous attestent d'une capacité d'au moins 50 % soit dans l'activité actuelle, soit dans une activité adaptée. Ainsi, l'expertise orthopédique du 29 octobre 2014 de la Dresse D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient même une

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6

capacité totale dans toute activité. Les diagnostics posés – "anamnestisch rezidivierende Beschwerden lumba links betont bei degenerativen Veränderungen lumbosakral, beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen, Fehlstatik der Wirbelsäule,

ausgeprägte Haltungsinsuffizienz, mässig gut trainierte, Beckenschiefstand nach links, beginnende stammbetonte Adipositas, anamnestisch rezidivierende Taubheit entsprechend dem Nervus ulnaris links" – n'ont aucune influence sur la capacité de travail. L'experte relève encore que l'examen montre exclusivement des constatations normales à l'appareil locomoteur dues à l'âge, sans déficit neurologique, et précise que le recourant n'a émis aucune plainte au niveau de l'appareil locomoteur. Établie après examen de l'assuré et sur la base du dossier médical complet, l'expertise contient une appréciation de la situation et des conclusions motivées, et est dès lors probante. Les rapports du Dr E._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale (rapport du 2 septembre 2014), du Dr C._____, (rapports du 14 août 2014 et du 8 septembre 2014), et du Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil d'Helsana (rapports du 18 septembre 2014 et du 21 octobre 2014) ne remettent pas en cause les conclusions de l'expertise. En effet, les rapports du Dr F._____ et le rapport du 14 août 2014 du Dr C._____ consistent en de très brèves réponses à quelques questions pour les premiers et en trois lignes sans motivation pour le second, de sorte qu'ils ne sont pas probants. Pour leur part, le Dr E._____ et le Dr C._____ dans son rapport du 8 septembre 2014 estiment que la capacité de travail du recourant est d'une part de 50 % dans une activité adaptée mais qu'elle peut devenir entière, et d'autre part qu'elle est provisoirement nulle dans l'activité actuelle sans qu'ils ne se prononcent sur sa probable évolution. Ainsi, aucun de ces médecins ne se prononce de manière définitive sur la capacité de travail. Quant à la Dresse G._____, spécialiste FMH en acupuncture et pharmacothérapie chinoise et médecin traitant du recourant, elle a établi différents certificats et rapports médicaux entre octobre 2014 et août 2015. Les certificats attestant de diverses incapacités de travail sont presque tous postérieurs à la décision litigieuse et ne contiennent ni description du contexte médical ni appréciation de la situation ni motivation des conclusions du médecin (certificats des 24 octobre 2014, 8 décembre 2014, 13 janvier 2015, 4 février 2015, 4 mars 2015, 14 avril 2015, 1er mai 2015, 9 juin 2015 et 1er décembre 2015), de sorte qu'ils ne sont pas de nature à remettre en cause les résultats de l'expertise. Il en est de même des rapports du 2 juin 2015 et du 14 août 2015, qui ne consistent qu'en de courtes réponses sur un formulaire, et ne remplissent pas les exigences posées par la jurisprudence pour leur accorder valeur probante. De plus, la Dresse G._____ atteste d'une hypoplasie L5 avec soupçon de lyse sur cette vertèbre dès le 10 avril 2015, soit après la date de la décision attaquée, de sorte qu'il n'en sera pas tenu compte ici. Le recourant a encore produit un rapport médical du 10 avril 2015 du Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie. Dans ce rapport postérieur à la décision attaquée, une hypoplasie L5 avec soupçon de lyse L5 est diagnostiquée. Le rapport n'indique par contre pas sur quels documents le médecin s'est basé si ce n'est sur une IRM également postérieure à la décision, ni sur le moment de l'apparition du trouble. Ce rapport ne permet par conséquent pas de mettre en doute l'appréciation de l'experte. Le recourant s'est également soumis à une expertise psychiatrique réalisée par le Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 novembre 2014, celui-ci diagnostique une réaction dépressive, en amélioration (F.43.21) et un éventuel problème neurologique (F09). Il relève que les troubles de la parole s'aggravent sous l'effet du stress et désécurisent le recourant lorsqu'il doit faire un travail risqué et rigoureux. Il note également une Tribunal cantonal TC Page 6 de 6 tendance à la nervosité et à l'agressivité qui sont canalisées par les médicaments, ainsi qu'une dépression à peine visible sous forme de faible résignation et de peur de l'avenir. Enfin, il atteste que la réaction dépressive légère ne suffit pas pour restreindre la capacité de travail et que la confiance de l'assuré dans son

médecin de famille suffit à le stabiliser psychiquement. Il recommande encore des examens neurologiques qui pourraient expliquer les troubles du langage et les possibles maladrotes moteur. Ainsi, il sied de constater que les troubles psychiques ne sont pas invalidants. Quant aux troubles du langage, ils existent depuis l'AVC du 19 mai 2013 et n'ont pas empêché le recourant de reprendre le travail. Dans de telles circonstances, on ne voit pas ce qu'une instruction complémentaire apporterait de plus, de sorte qu'un examen neurologique ne s'avère pas nécessaire. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a considéré que le recourant est capable de travailler à plein temps dans son activité actuelle et qu'elle a cessé le versement des indemnités journalières au 30 novembre 2014. 4. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Vu l'issue de la procédure, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 22 décembre 2016/cso Le Président La Greffière-rapporteuse

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