

NE_GERICHTE CDP.2011.214 vom 31. Juli 2010

NE Tribunal cantonal, 2010-07-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2011.214_d20100731

FR: NE_GERICHTE CDP.2011.214 du 31 juillet 2010

IT: NE_GERICHTE CDP.2011.214 del 31 luglio 2010

Regeste

Indemnité journalière dans l'assurance-maladie.

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Aux termes de l'article 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, 1^{re} phrase). L'article 71 LAMal dispose que, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1, 1^{re} phrase). Celui-ci doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle; s'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective; l'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2). Selon l'article 72 al. 2 LAMal, le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose une incapacité de travail. Est 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 (ATF 129 V 51 cons. 1.1, p. 53; Eugster, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^e éd., Bâle 2007, p. 783 ch. 1124). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, 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 (RAMA 2005 KV 342, p. 356; ATF 114 V 281 cons. 1c, p. 283). Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps que l'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 cons. 4.2., p. 463, 114 V 281 cons. 1d, p. 283). Ce principe a été codifié à l'article 6 2^e phrase LPGa, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (Eugster, *op.cit.*, p. 784 ch. 1127). Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour

s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV 112, p. 122 cons. 3a, p. 123; v. aussi art. 21 al. 4 LPGA; arrêt du TF du 28.08.2008 [9C_546/2007] cons. 3). b) Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à des indemnités journalières de l'assurance-maladie en raison d'une incapacité de travail qu'il fait valoir dans l'exercice d'une profession étrangère au domaine d'activité qui avait été le sien avant l'accident du 29 janvier 2007. La question du délai d'adaptation ne fait pas partie du présent litige à mesure que le recourant prétend des indemnités journalières dès le lendemain du jour où l'assureur-accidents a mis fin au service de ses propres indemnités journalières et l'a remplacé par celui d'une rente, au terme d'un délai d'adaptation que ce dernier a fixé (par lettre du 10.05.2010) au 31 mai 2010. La Cour de céans n'a dès lors pas à se prononcer sur l'adéquation de ce délai d'adaptation qui excède l'objet du litige.

E. 3

a) Est donc 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, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). b) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il existe toutefois des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux doit être apprécié à la lumière de différents critères. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Finalement, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que

des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert et l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 cons. 4.2, 131 V 49 cons. 1.2, 130 V 352 cons. 2.2.3). Par ailleurs, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs, pris en tant que comorbidité psychiatrique, constituent généralement des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient, en principe, faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 132 V 65 cons. 4.2.2, 130 V 352 cons. 3.3.1; arrêts du TF des 22.03.2010 [9C_451/2009] cons. 2 et 12.02.2009 [9C_310/2008] cons.2.1). Au cours de ces dernières années, la jurisprudence du Tribunal fédéral a étendu la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible aux diagnostics de fibromyalgie (ATF 132 V 65), de syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt du 14.04.2008 [I 70/07]), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du TF du 09.02.2007 [I 9/07] cons. 4, in SVR 2007 IV n° 45, p. 149) ou encore de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du TF du 30.04.2008 [9C_903/2007] cons. 3.4). Dans un arrêt récent, la Cour de céans a par ailleurs décidé d'appliquer les critères jurisprudentiels des troubles somatoformes douloureux au diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (arrêt de la CDP du 05.08.2011 [CDP.2009.420]).

E. 4

a) Selon une jurisprudence constante, 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. 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 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c; RAMA 1996 no U 256, p. 215 cons. 4). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 cons. 4, p. 175; arrêt du TF du 25.05.2007 [I 514/06] cons. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont

suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. b) En l'espèce, le rapport du Dr N. a été établi après un entretien avec le recourant, un dosage plasmatique des médicaments et une étude approfondie du dossier de l'assuré. Quoi qu'en dise le recourant, la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Celles-ci ne sauraient être en effet proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du TF du 21.02.2008 [9C_210/2007] cons. 3.2.1, du 04.07.2007 [I 719/06] cons. 2.2, du 30.05.2006 [I 764/05] cons. 2.3). Le rapport d'expertise précité expose de manière circonstanciée les éléments déterminants du cas, relève une anamnèse complète, décrit les constatations de l'expert et comporte des conclusions dûment motivées. Le Dr N. n'a pas retenu le diagnostic posé par le psychiatre traitant du recourant, à savoir un épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique. Il s'en est expliqué de la manière suivante : " Par rapport à la lignée dépressive et au moment de l'entretien, il y a une légère tristesse fluctuante en fonction de ses douleurs. L'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signe ou de symptôme d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiment de découragement et de dévalorisation. Pas d'idée d'infériorité, ruine ou d'inutilité. L'élan vital n'est pas perturbé. Il n'y a pas d'idée noire ou d'envie suicidaire. A ma connaissance, l'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Le sommeil est perturbé en fonction des douleurs." On relèvera que, postérieurement à ce rapport, le Dr D. a indiqué que son patient n'était pas suicidaire, mais que parfois des idées suicidaires envahissaient son esprit surtout le soir quand la douleur de la main droite et l'inconfort deviennent insupportables. C'est donc en vain que le recourant reproche à l'expert la manière dont il a constaté son état au moment où il l'a examiné. Au demeurant, le Dr D. lui-même, dans le rapport précité relève que le Dr N. décrit bien dans son rapport l'ampleur et les dégâts causés par l'accident chez son patient. Par ailleurs, l'expert s'est exprimé sur les éléments permettant d'apprécier les conséquences sur la capacité de travail d'un trouble douloureux somatoforme : " Nous constatons qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, l'anxiété présentée par l'assuré ainsi que la tristesse fluctuante font partie de l'évolution naturelle du trouble somatoforme. Il n'y a pas de cristallisation psychique, il n'y a pas d'isolement social. Puisque les douleurs sont présentes depuis 2007, on peut parler de douleurs chroniques. L'assuré est suivi par un psychiatre et il prend des médicaments psychotropes." Ainsi, il apparaît que le rapport du Dr N. remplit tous les critères jurisprudentiels pour permettre que soit admise en principe sa pleine valeur probante. L'appréciation par le Dr N. de la capacité de travail du recourant est partagée par les médecins de l'Hôpital psychiatrique de [...] (Drs L. et H.) qui, dans leur rapport du 10 janvier 2011, indiquent les mêmes diagnostics que ceux retenus par le Dr D., mais en admettant que ceux-ci n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. De simples attestations d'une telle incapacité, dépourvues de motivation particulière, telle que celles qui ont été délivrées par le psychiatre traitant du recourant, ne sont pas de nature à faire douter de la pertinence des conclusions de l'expert. La Cour de céans n'a dès lors aucun motif de s'en éloigner. c) Du moment qu'il doit être retenu que le recourant n'était pas incapable d'exercer une activité lucrative lorsqu'il a été hospitalisé le 9 novembre 2010 – si tant est au surplus qu'à cette époque le recourant ait toujours fait partie du cercle des assurés – le droit aux indemnités journalières prétendues doit également être nié puisque l'intéressé ne subissait alors aucune perte de gain. Car, le fait de s'être assuré pour une indemnité

journalière d'un montant donné et d'avoir payé les cotisations correspondantes n'ouvre pas forcément droit au versement de la somme assurée en cas d'incapacité de travail. Encore faut-il que l'assuré subisse une perte de gain dans une mesure justifiant le paiement du montant assuré (RAMA 2000 KV 137, p. 353 cons. 3c, p. 355 et les références; Eugster , op.cit., p. 786 no 1130).

E. 5

Il suit des considérants qui précèdent que le recours est mal fondé et qu'il doit être rejeté. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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