

VD_FINDINFO AM 9/22 - 3/2024 vom 5. Februar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-02-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_9_22_-_3_2024

FR: VD_FINDINFO AM 9/22 - 3/2024 du 5 février 2024

IT: VD_FINDINFO AM 9/22 - 3/2024 del 5 febbraio 2024

Regeste

DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, EXPERTISE MÉDICALE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, FORCE PROBANTE, REJET DE LA DEMANDE, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE | 67 al. 1 LAMal, 72 al. 2 LAMal, 6 LPGA, 61 let. c LPGA

Erwägungen

E. 5

février 2024 _____ Composition : M. Wiedler , juge unique
Greffier : M. _____ Germond ***** Cause pendante entre : E. _____ , à [...],
recourant, représenté par Syndicat Unia, à Lausanne, et S. _____ ASSURANCE
MALADIE SA , à Martigny, intimée. _____ Art.

E. 6

Lors de la consultation du 29.04.2022, le patient évaluait son épaule avec un score SSV à 80%. À l'examen clinique, l'abduction active était de 160°, l'élévation antérieure active était de 180°, la rotation externe était similaire au côté opposé (<5°), celle-ci était tenue contre-résistance de manière indolore. Le test de Jobe était tenu mais restait sensible. La rotation interne atteignait le niveau L1. Le Belly Press test était négatif. Il s'agit donc, d'une bonne évolution. Le patient souhaitant reprendre son activité professionnelle, les consignes de surveillance lui ont été expliquées. À la demande du patient, le certificat de reprise à 100% a été établi dès le 16.04.2022. " Dans sa réponse du 8 juillet 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, le recourant étant débouté de toutes ses conclusions ou conclusions contraires et condamné en tous les frais et dépens. Une copie de cette écriture a été transmise au recourant le 12 juillet 2022, lequel a également eu la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal. Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. 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, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des

indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon la LAMal pour la période courant du 1^{er} mars au 16 avril 2022. 3. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur. L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 s. LAMal est une assurance de perte de gain (TF 9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1 ; TFA K 65/99 du 17 février 2000 consid. 3d). Le droit à une indemnité journalière est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3). b) Selon l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Suivant l'art. 6 LPGA, 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, mentale ou psychique. Selon la jurisprudence, le degré d'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'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 consid. 4.2 et 114 V 281 consid. 1d ; TF 9C_511/2021 du 25 janvier 2022 consid. 2.2). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième 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. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^e éd., Bâle 2016, n. 1461, pp. 841 – 842). 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 (cf. art. 21 al. 4 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références). c) La loi ne définit pas la notion de « longue durée » que doit revêtir l'incapacité de travail pour qu'un changement de profession ou d'activité puisse entrer en considération. Selon les travaux préparatoires, cette notion doit se comprendre comme voulant dire « en règle générale plus de six mois ». Pour interpréter cette notion, il convient toutefois, plutôt que de fixer une durée déterminée, de distinguer la situation selon qu'il apparaît ou non hautement probable que la personne assurée recouvrira sa capacité de travail dans la profession ou l'activité habituelle. Une incapacité de travail de longue durée ne saurait être retenue tant et aussi longtemps qu'il est possible d'émettre le pronostic, au regard des données médicales au dossier, que la personne assurée reprendra son activité antérieure, selon la vraisemblance prépondérante, de manière à mettre fin au droit aux prestations de l'assurance sociale (indemnités journalières ou rente). Dans de telles circonstances, il n'existe pas de limite temporelle absolue pour la reconnaissance de l'incapacité de travail dans la profession habituelle. Dès ce moment, et à condition que l'intéressé soit en mesure du point de vue médical de se réinsérer sur le plan professionnel, l'incapacité de travail déterminante pour le droit aux prestations doit être évaluée en fonction d'une autre activité lucrative exigible (Margit

Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 34 à 36 ad art. 6 LPGa et les références). d) Le personnel de la société Z._____ Sàrl est au bénéfice d'une protection d'assurance par le biais de l'assurance collective perte de gain maladie de la Fédération vaudoise des entrepreneurs ([FVE] ; contrat n° [...]). Les conditions générales d'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal ([...]) prévoient en particulier à leur art. 7 que l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 1), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 2). L'art. 13 prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Quant à l'art.

E. 11

al. 2 des conditions générales précitées, il dispose que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés, b. à la résiliation du contrat, c. dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire, d. au décès de l'assuré, e. à l'épuisement du droit aux prestations, f. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite anticipée, g. à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations, h. lorsque le délai cadre ou le droit aux prestations du chômage est échu, i. à partir de la déclaration de faillite de l'entreprise, j. lors de son exclusion. 4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). 5. En l'occurrence, l'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé du recourant effectuée par le Dr T._____ dans son rapport du 17 septembre 2021.

Elle a ainsi considéré que l'intéressé avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 15 septembre 2021. De son côté, le recourant se prévaut du fait que la décision de mettre fin aux prestations au 28 février 2022 est erronée, reprochant à l'intimée une constatation incomplète ou inexacte des faits en faisant prévaloir l'avis expertal du Dr T. _____ sans tenir compte de l'opinion du Dr K. _____ qui, dans le certificat du 25 avril 2022 et le rapport du 5 mai 2022 produits, considère l'assuré apte à retravailler depuis le 16 avril 2022 dans son activité habituelle. Rappelant qu'il maîtrise mal le français et qu'au mois de mars 2022 il suivait encore des séances de physiothérapie, de natation et de musculation régulières, compte tenu de l'évolution favorable de la rééducation, le recourant estime pour sa part que l'intimée était tenue de lui verser une indemnité journalière de transition pour le changement de poste de travail jusqu'au 16 avril 2022, c'est-à-dire la date de la reprise de l'activité habituelle à plein temps. Or, l'expertise du Dr T. _____, du 15 septembre 2021, à l'origine de la suspension du versement des prestations en cause, vient confirmer la position de l'intimée. A neuf mois de l'atteinte initiale, l'expert constate que le recourant souffre toujours d'une rupture transfixiante de la partie postéro-supérieure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite stade II à III et une tendinopathie du long chef du biceps, du côté dominant, qui compromet la reprise d'un travail de menuisier posant des cadres de portes et de fenêtres, même si, à six mois de l'opération chirurgicale en mars 2021, il existe un fort potentiel d'amélioration par l'introduction de la rééducation plus intensive avec une charge progressive. A l'inverse, la capacité de travail est évaluée comme totale au jour de l'expertise, sans diminution de rendement, dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles retenues (« ayant des activités en-dessous de l'horizontale, sans activités systématiques de force de plus de 10kg, bras au corps ou en élévation au maximum de 60° d'abduction et d'antéimpulsion coude fléchi »). L'expertise du Dr T. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle est en effet bien étayée, claire et dénuée de contradictions. Elle n'est en outre pas sérieusement remise en cause. En effet, contrairement à ce que soutient le recourant, on relèvera que c'est en tenant compte du fait que l'activité habituelle du recourant requiert l'usage des deux bras en simultané que, malgré un fort potentiel d'amélioration, l'expert retient que la reprise de l'activité usuelle est compromise. Cela est confirmé par le rapport du 5 mai 2022 du Dr K. _____ dont il ressort que, lors des consultations des 4 mars et 29 avril 2022, le médecin traitant est d'avis au conditionnel que l'atteinte au niveau de l'épaule droite est en « bonne évolution qui pourrait permettre au patient, après de la physiothérapie de renforcement, de reprendre son activité professionnelle ». A l'appui de son opposition du 2 décembre 2021, l'assuré a du reste lui-même indiqué que son inscription auprès de l'assurance-chômage était impossible au vu de son incapacité de travail à 100 %, y compris dans son activité usuelle. Toutefois aucune évaluation complète de la capacité de travail n'avait été mise en œuvre par cette assurance sociale. Par ailleurs, étant rappelé que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il n'est pas possible, en présence de la décision sur opposition litigieuse du 21 mars 2022, de tenir compte de la reprise par le recourant de son activité habituelle le 16 avril 2022, selon le certificat 25 avril et le rapport du 5 mai 2022 du Dr K. _____ produits pour les besoins de la cause. A cet égard, l'intimée a retenu, au vu de la situation du recourant (alors âgé de 53 ans, monteur de portes et fenêtres depuis 2019) et de l'état du marché du travail, qu'un

changement d'activité professionnelle était possible. L'art. 6, deuxième phrase, LPGA, 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. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (cf. consid. 3b supra). Par décision du 8 novembre 2021 confirmée sur opposition le 21 mars 2022, le recourant s'est vu octroyer une indemnité journalière de transition pour son changement de poste jusqu'au 28 février 2022. Etant entendu qu'un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (cf. consid. 3b supra), quoiqu'en dise le recourant, le délai de plus trois mois accordé en l'espèce par l'intimée afin qu'il puisse déployer sa capacité de travail dans un emploi adapté à son état de santé physique déficient n'est pas critiquable compte tenu des types d'emploi qui lui sont accessibles, à savoir des activités simples dans le domaine industriel léger de la production n'exigeant pas de qualification particulière. A la lumière des explications fournies par le Dr T. _____ dans son rapport d'expertise du 17 septembre 2021 qui est probant et du délai supérieur à trois mois octroyé au recourant pour lui permettre de se réorganiser afin de débiter une nouvelle activité professionnelle adaptée au handicap physique, il y a lieu de constater que l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme au service de ses prestations d'assurance avec effet au 28 février 2022. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Quant à l'intimée, elle n'a pas non plus droit à des dépens, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 21 mars 2022 par S. _____ Assurance Maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Syndicat Unia (pour E. _____), ■ S. _____ Assurance Maladie 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). Le greffier :

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