

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 94 vom 9. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__94

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 94 du 9 mars 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 94 del 9 marzo 2015

Regeste

INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, RÉSILIATION | 67 LAMal, 72 LAMal, 6 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 09.03.2015 Arrêt / 2015 / 94

INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, RÉSILIATION | 67 LAMal, 72 LAMal, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 28/13 - 12/2015 ZE13.030147 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 9 mars 2015 _____ Présidence de _____ Mme Brélaz Braillard Juges

: _____ Mme Thalmann et M. Merz Greffier : M. _____ Cloux ***** Cause pendante

entre : T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate auprès de l'association Intégration Handicap, à Lausanne et Q. _____ SA, à [...], intimée

_____ Art. 6 LPGA; art. 67 ss LAMal E n f a i t : A. T. _____ (ci-après :

l'assuré ou le recourant) est né le [...]1962. Dès le 1 er juin 2010, il a été employé en qualité de manœuvre par la société V. _____ SA, sise à [...]. Cette société était liée à

Q. _____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) par un contrat d'assurance collective

d'indemnités journalières n° F[...]1, comprenant des conditions générales d'assurance

"B[...]1 – Edition 01.01.2011" (ci-après : les CGA) qui renvoient en particulier à

l'application du droit fédéral et international (art. 2 ch. 1 CGA). Le contrat couvre le risque

d'incapacité de travail d'au moins 25% (art. 13 ch. 1 CGA), dont la réalisation donne droit,

au terme d'un délai d'attente de deux jours, au versement de 80% du salaire des employés

de l'assuré. En cas d'incapacité de gain partielle, ces prestations sont toutefois réduites

proportionnellement (art. 13 ch. 11 CGA). Le 18 novembre 2010, V. _____ SA a

transmis à la SUVA une déclaration d'accident dans laquelle elle expose que le 20 août

2010, l'assuré avait été blessé par une bobine de câble et souffrait d'un écrasement à

l'épaule gauche entraînant une interruption du travail dès le 15 novembre 2010. Le 2 janvier

2013, l'assuré a été admis en urgence à l'hôpital intercantonal de [...], où la Dresse

C. _____, a diagnostiqué des lombosciatalgies L5-S1 non déficitaire, constatant en

particulier qu'il présentait depuis deux jours une douleur se propageant des cervicales à

travers tout le côté gauche du corps jusqu'à l'orteil. Par courrier du 3 janvier 2013, le Dr

K. _____, du service de radiologie de [...], a informé la Dresse C. _____ que des

radiographies de la colonne lombaire n'avaient fait apparaître aucune anomalie des corps

vertébraux ni de stigmatisme d'arthrose, les structures osseuses du bassin étant sans problème

("sp") dans leurs parties examinées. Le 7 janvier 2013, V. _____ SA a transmis à

l'assurance une déclaration d'incapacité de travail relative à l'assuré, indiquant que ce

dernier était "bloqué du dos". Il ressort de cette déclaration que V. _____ SA a résilié les

rapports de travail la liant à l'assuré le 26 novembre 2012, avec effet au 31 janvier 2013. Par courrier du 25 janvier 2013, la Dresse D. _____, du service de radiologie de [...], a transmis au Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, les informations suivantes relatives à un examen pratiqué la veille : Le 21 février 2013, l'assuré a été reçu en consultation par le Dr L. _____, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de l'assurance. Par courrier du même jour, celui-ci a notamment exposé ce qui suit au Dr X. _____ : "(...) Ce maçon, âgé de 50 ans, est à l'incapacité de travail totale pour maladie depuis le 02 janvier 2013, Il a été indemnisé par la Suva pour les suites d'un accident (contusion de l'épaule gauche le 20 août 2010). Divers traitements AINS, associés à de la physiothérapie ainsi qu'un séjour hospitalier à la [...] du 09 mars 2011 au 12 avril 2011, n'ont pas permis une bonne récupération de la fonction de l'épaule gauche. L'assuré a repris son activité professionnelle de maçon à 50% fin mai-début juin 2012 (ne se souvient plus de la date exacte), puis, alors qu'il était au chantier, se serait fracturé des côtes du côté droit, ce qui a entraîné une prolongation de l'incapacité de travail à 100% de quatre à six semaines. Il aurait repris son activité en 2012, mais toujours à 50% dans la journée. Il a été suivi à votre demande à la [...] par la Doctoresse V. _____ (réd. : médecin associée au service de rhumatologie du [...]) qui l'a évalué une première fois le 03 juillet 2012, le 04 décembre 2012 et enfin le 04 février 2013. Cette spécialiste a retenu le diagnostic de douleurs et limitations fonctionnelles de type capsulose rétractile de l'épaule gauche sur lésions de type Slap IV avec extension au niveau de la portion horizontale du tendon du long chef du biceps (arthro-CT de l'épaule gauche du 26 janvier 2012). Toujours d'après la Doctoresse V. _____, cette situation qui date de deux ans (accident du mois d'août 2010), peut être considérée comme séquellaire sans autre possibilité de traitement. La Suva a pris une décision formelle le 14 janvier 2013 en accordant une rente d'invalidité de 11 %, ce qui correspond à une rente mensuelle de Fr. 518.50. Toujours selon la Suva, l'assuré est sur le plan médical apte à exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de pouvoir travailler à hauteur d'établi uniquement. L'assuré a touché également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de Fr. 6'300 correspondant à 5% de diminution de l'intégrité. Plaintes actuelles : En plus de ses problèmes d'épaule, l'assuré signale des lombosciatalgies gauches depuis la fin de 2012, raison pour laquelle, il a consulté en urgence l'Hôpital de [...]. Un Ct-scan lombaire effectué le 24 janvier 2013 met en évidence une hernie discale L5-S1 à composante médiane et foraminale gauche avec contact radiculaire S1 gauche. Vous avez institué un traitement analgésique (Dafalgan et Tramal), qui n'a pas amélioré la situation. Il a été revu par la Doctoresse V. _____ le 04 février 2013 qui propose des gestes infiltratifs au niveau lombaire. Elle insiste sur le fait que la situation est assez difficile (l'assuré ne parle pas le français, reste anxieux), et que devant cette impasse des difficultés de réinsertion professionnelle restent importantes, d'autant plus que l'affection lombaire ajoute un grand risque de chronicisation. (...) Status neurologique : La manœuvre de Lasègue du côté gauche est bloquée à 20°, avec grimace douloureuse et douleur aiguë dans la fesse gauche, la flexion dorsale des pieds et des orteils contre résistance est symétrique et normale, la marche talons-pointes s'effectue normalement, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques des deux côtés. (...) Conclusion : En l'état actuel, l'assuré reste incapable de reprendre une activité professionnelle quelconque pour les raisons susmentionnées, la réadaptation professionnelle est tout à fait indiquée, mais les obstacles linguistiques et psychosociaux restent importants. Je propose (réd. : à l'assurance) de continuer d'indemniser l'assuré pour maladie pour son affection relevant de la maladie et de

tenter d'organiser une réadaptation professionnelle par le biais de l'AI. (...)" Par courrier séparé du même jour à l'assurance, le Dr L. _____ a en particulier indiqué que durant les années 2011 et 2012, l'assuré avait été en incapacité de travail partielle puis totale à la suite d'un accident survenu le 20 août 2010 et qu'il était actuellement en incapacité de travail totale pour cause de maladie. Une réadaptation était selon lui urgente, mais apparaissait laborieuse et aléatoire dès lors que l'assuré ne parlait pas français, était en incapacité partielle de travail depuis deux ans et se montrait revendicateur s'agissant des suites de son accident. Sur le plan médical, l'incapacité de travail était totale et seule une activité adaptée était exigible, celle-ci devant pouvoir s'effectuer dans divers secteurs de l'industrie, à la condition de pouvoir travailler à hauteur d'établi. Le Dr X. _____ a reçu une copie de ce second courrier. Le 27 février 2013, le Dr X. _____ a transmis à l'assurance un rapport médical dans lequel il a confirmé les diagnostics de lomboscialgies L5-S1 à gauche et de capsulite rétractive de l'épaule gauche, se référant notamment à l'examen précité du 21 février 2013. Il a indiqué que l'assuré se trouvait en incapacité de travail totale pour la période du 2 janvier 2013 au 31 mars 2013, la durée approximative de l'incapacité "pour cette affection" étant de soixante jours. Par décision du 11 mars 2013, l'assurance a limité le paiement de l'indemnité journalière de transition à l'assuré au 30 juin 2013, sous réserve d'un changement d'occupation survenant dans l'intervalle. A l'appui de cette décision, elle a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité actuelle, mais qu'il disposait d'une capacité totale dans une activité adaptée à son état de santé, savoir une activité légère impliquant la possibilité de travailler à hauteur d'établi uniquement. Invoquant l'obligation de l'assuré de réduire son dommage, elle a indiqué que l'assuré disposait, d'ici au 30 juin 2013, d'un temps suffisant pour trouver une telle activité, à défaut de quoi il lui serait possible de s'inscrire au chômage. Le 5 avril 2013, l'assuré – avec l'assistance de l'association Pro Infirmis Vaud – a fait opposition à cette décision, concluant à son annulation et la réouverture de son dossier médical. Il a exposé, pour l'essentiel, que les constatations du Dr L. _____ étaient contredites par les rapports médicaux – annexés à l'opposition – établis à l'intention de la SUVA par le Dr Y. _____ (réd. : chef de clinique au service d'orthopédie et traumatologie du [...]) et la Dresse V. _____ les 19 janvier et 4 décembre 2012. - Dans son "rapport médical intermédiaire" du 19 janvier 2012, le Dr Y. _____ – répondant aux questions de l'assureur concerné – a posé les diagnostics de conflit sous-acromial, d'arthropathie acromio-claviculaire, de tendinite du long chef du biceps et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il a relevé une évolution défavorable ainsi que la présence de douleurs persistantes et se péjorant, indiquant que l'assuré était alors en arrêt de travail en raison de fractures de côtes sur le côté gauche. Il a conclu que l'assuré n'était pas apte à reprendre son travail, indiquant qu'un bilan arthro-IRM serait prochainement réalisé. - Dans son rapport médical du 4 décembre 2012, la Dresse V. _____ a quant à elle exposé ce qui suit : "(...) (...)" Par lettre du 13 mai 2013, l'assurance a proposé à l'assuré de maintenir sa couverture d'assurance perte de salaire au-delà de la fin de ses rapports de travail au 31 mars 2013, à titre individuel. Elle lui a transmis à cette fin un formulaire de "proposition d'assurance et déclaration d'adhésion" et un exemplaire des CGA. A l'instar de l'assurance collective conclue par V. _____ SA, la proposition d'assurance individuelle prévoyait en particulier le versement, après un délai d'attente d'un jour, d'indemnités journalières par 123 fr. 50 pour une période de sept cent jours. L'assuré a renvoyé ce formulaire rempli et signé à l'assurance, qui l'a reçu le 10 juin 2013. Par courrier à l'assuré du 27 juin 2013, celle-ci a confirmé le transfert de l'assurance à titre individuel dès le 1^{er} avril 2013,

joignant à ce courrier un certificat d'assurance pour l'année 2013, établi le jour même. Par décision sur opposition du 10 juin 2013, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré du 5 avril 2013 et maintenu sa décision du 11 mars 2013. Elle a considéré que ni le rapport du Dr Y. _____ – que le recourant avait invoqué dans son opposition –, ni celui de la Dresse V. _____ du 12 décembre 2012 ne remettaient en cause l'appréciation du Dr L. _____, et que le recourant ne s'était au surplus pas opposé à une décision rendue le 4 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, qui lui reconnaissait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières. B. Par acte du 10 juillet 2013, T. _____, agissant désormais par la plume de l'association Intégration Handicap, a recouru contre la décision sur opposition rendue le 10 juin 2013 par Q. _____ SA concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au versement d'indemnités journalières dès le 30 juin 2013 "tant que les conditions de l'art. 72 LAMal" (seraient) remplies". Selon le recourant, l'intimée aurait établi sa situation médicale de manière erronée, tenant uniquement compte des suites de l'accident survenu en 2010 sans prendre en considération celles de l'hernie ayant entraîné une incapacité de travail dès le 2 janvier 2013. Il a produit un bordereau de dix (recte : neuf) pièces à l'appui de son recours. Répondant le 8 octobre 2013 dans la procédure de recours, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet intégral des conclusions du recourant et à la confirmation de la décision sur opposition du 10 juin 2013. Elle a exposé que cette décision avait été rendue en toute connaissance de cause quant à la situation médicale du recourant, en particulier de l'existence d'une hernie, confirmant pour le surplus son appréciation des suites de cette maladie. Elle a produit son dossier de vingt-sept pièces, en particulier celles qui suivent : - un courrier du recourant à l'intimée du 16 juillet 2013, par lequel il a déclaré résilier sa police d'assurance perte de gain au motif qu'il n'avait plus besoin d'une telle assurance après avoir été licencié avec effet au 31 janvier 2013; - la lettre de réponse de l'intimée du 21 août 2013, dans laquelle elle a exposé qu'en vertu de l'art. 15 al. 1 du "règlement de l'assurance individuelle indemnités journalières", sa police d'assurance ne pouvait en principe être résiliée que pour la fin d'un semestre civil en respectant un préavis de trois mois, mais a toutefois accepté, à titre exceptionnel, de mettre un terme à ses rapports juridiques avec le recourant avec effet au 31 juillet 2013; - un rapport médical adressé par le Dr X. _____ à Pro Infirmis le 1^{er} juillet 2013 – dont l'intimée conteste la valeur probante dans son mémoire de réponse –, qui a la teneur suivante : "(...) T. _____ présente une incapacité de travail à 50% dans son activité professionnelle de manœuvre, ceci en raison d'une capsulite rétractive de l'épaule gauche survenue suite à un accident professionnel le 20.08.2010. Selon la SUVA la capacité de travail de T. _____ serait cependant de 100% dans une activité adaptée, légère, activité où il serait amené à travailler uniquement à hauteur d'établi. T. _____ est cependant en incapacité totale de travailler actuellement en raison d'un syndrome sciatique algique et déficitaire L5-S1 gauche dont les premières manifestations remontent à décembre 2012, caractérisé par une douleur lombaire sévère associée à une faiblesse du membre inférieur gauche, à des paresthésies. Les investigations qui ont suivi la première consultation en urgence à l'hôpital de [...] devaient mettre en évidence une hernie discale L5-S1 à composante médiane et foraminale gauche avec contact radiculaire S1 gauche. Dans un premier temps il a bénéficié d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire associé à de la physiothérapie. Devant l'absence de réponse satisfaisante à cette thérapeutique (sic) le patient fut examiné par la Dresse V. _____ (spécialiste du rachis) dans le cadre de la consultation du rachis du [...] laquelle devait proposer un traitement

d'infiltration au niveau lombaire. Celui-ci devait être tenté à 2 reprises sans amélioration aucune. Actuellement le patient présente toujours des douleurs nocturnes, insomniantes, une exacerbation de ses douleurs lors d'une marche prolongée auxquelles s'ajoutent par intermittence des paresthésies et une sensation de membre mort. Le status clinique est cependant amélioré sur le plan de la force du membre inférieur, la marche talon-pointe s'effectuant normalement et la flexion des pieds et des orteils contre résistance étant normale. Les réflexes ostendineux sont également symétriques et vifs des 2 côtés. L'épreuve de Lasègue bloquée à 20 degrés au début de la symptomatologie douloureuse reste cependant limitée à 30-40 degrés avec une douleur très vive. Compte tenu de l'étiologie de ce syndrome radiculaire le peu d'évolution qui actuellement contredit la reprise d'une activité professionnelle même partielle, j'ai proposé au patient de consulter un neurochirurgien dans la perspective d'une cure chirurgicale de l'hernie discale .

T. _____ se montre cependant, actuellement, totalement opposé à une intervention ayant été dans son entourage informé que ce type d'opération pouvait avoir des conséquences graves. Pour ma part je lui ai expliqué que le risque de complication restait faible au vu du bénéfice certainement positif qu'apporterait une décompression du nerf. Actuellement T. _____ réfléchit à mes propositions. Il faut donc considérer que ce patient présente une incapacité de travail totale probablement encore pour deux mois. (...) - un "avis à l'assureur" établi le 4 octobre 2013 par le Dr L. _____ qui, exposant avoir tenu compte de tous les problèmes de santé du recourant – en particulier de son hernie – dans sa prise de position du 21 février 2013, soutient que le Dr X. _____ n'a apporté aucun diagnostic nouveau dans son rapport médical du 1^{er} juillet 2013 et confirme que le recourant pouvait travailler dans une activité adaptée. Par réplique puis duplique des 15 novembre et 11 décembre 2013, les parties ont entièrement maintenu leurs positions respectives. Par courrier du 5 août 2014, l'intimée a exposé que tous les rapports médicaux dont elle disposait avaient été produits le 18 juillet 2014 par le recourant et que les autres rapports dont elle avait disposés avaient été retournés au médecin traitant de ce dernier. Le 7 novembre 2014, deux courriers de la Dresse V. _____ à la SUVA ont été produits. - Dans le premier courrier du 3 juillet 2012, cette praticienne – répondant aux questions de l'assureur concerné – a notamment relevé que l'assuré travaillait à 50% avec une présence sur le chantier de 100%, précisant ne l'avoir vu en consultation qu'à une reprise et ne pas disposer d'éléments suffisants pour poser un pronostic sur l'évolution de son état de santé. Elle a toutefois ajouté qu'il était probable que le traitement dure jusqu'à la fin de l'année 2012 et qu'une intervention auprès de l'employeur de l'assuré soit nécessaire afin qu'il attribue un travail approprié à ce dernier. Selon elle, il était également probable que l'assuré conserve un syndrome algique et des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche. - Dans son second courrier du 4 février 2013, la Dresse V. _____ a exposé que la situation de l'assuré se compliquait en raison de douleurs lombaires irradiant dans le MIG (réd. : membre inférieur gauche) et qu'une hernie discale avait été identifiée en L5/S1 à composante médiane et foraminale gauche avec contact radiculaire S1 gauche. Elle a notamment relevé que le traitement de l'assuré – une hospitalisation étant théoriquement possible mais présentant en pratique un risque d'échec, l'intéressé ne comprenant pas le français – et sa réinsertion professionnelle présentaient d'importantes difficultés, un problème lombaire étant survenu avec un grand risque de chronicisation. Par lettres des 18 novembre puis 2 décembre 2014, les parties se sont déterminées sur ces pièces, relevant qu'elles n'appelaient pas de remarque particulière de leur part ni ne modifiaient leurs positions respectives. L'intimée a par ailleurs produit une détermination écrite du

Dr L. _____ du 24 novembre 2014 confirmant sa position précédente. E n d r o i t : 1. a) L'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance facultative d'indemnités journalières, est régie par la LAMal (art. 1a al. 1 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994; RS 832.20]). Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent (art. 1 al. 1 LAMal). La procédure est en principe régie par le droit cantonal (art. 61 LPGA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). La compétence pour connaître des recours dans le domaine des assurances sociales échoit à une instance cantonale unique (art. 57 LPGA), savoir le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Celle-ci statue collégalement lorsque la valeur litigieuse de la cause est d'au moins 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a et 4 LPA-VD). Le recours doit être déposé dans les trente jours à compter de la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions de la partie recourante (cf. en particulier art. 61 let. f LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile le 10 juillet 2013, soit trente jours après le prononcé de la décision sur opposition attaquée du 10 juin 2013. Il respecte au surplus les formalités prévues par la loi, de sorte qu'il est recevable. Le recourant conclut en l'espèce au versement d'indemnités journalières pour une durée indéterminée, de sorte que la valeur litigieuse dépasse le seuil de 30'000 fr. (pour le calcul de la valeur litigieuse cf. art. 92 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par le renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD) et relève de la compétence de la Cour. 2. a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue à une question excédant l'objet de la contestation, pour autant que celle-ci remplisse certaines conditions (ATF 130 V 501 consid. 1.2; ATF 122 V 34 consid. 2a et réf. cit.). Il faut ainsi que cette question soit en état d'être jugée, qu'elle soit si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on puisse parler d'un état de fait commun, que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins, qu'elle n'ait fait l'objet d'aucune décision entrée en force et que les droits procéduraux des parties soient respectés (pour le tout cf. TF 9C_195/2013 précité consid. 3.1 et réf. cit.). b) Les parties se fondent sur un contrat d'assurance facultative individuelle au sens des art. 67 ss LAMal, l'assuré étant sorti de l'assurance collective lorsque la résiliation de ses rapports de travail a pris effet (art. 71 al. 1 LAMal). Ce contrat porte sur le paiement d'indemnités journalières par 123 fr. 50. Est litigieux le droit du recourant au paiement de ces indemnités au-delà du 30 juin 2013. 3. a) L'art. 72 al. 2, 1 ère phrase, LAMal prévoit que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. 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. 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 (art. 6 LPGA). Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent toutefois être exigés (art. 21 al. 4 LPGA). Le degré de l'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; ATF 114 V 281 consid. 1d). 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 consid. 3a; cf. aussi art. 21 al. 4 LPGA). Un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TFA K 14/99 du 7 février 2000; pour le tout : TF 4A_168/2007 du 16 juillet 2007 consid. 3.2.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 de 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 de l'expert 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; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'état de santé du recourant ne lui permet pas de reprendre son activité de manoeuvre, vu ses problèmes à l'épaule gauche (cf. le rapport du Dr Y. _____ du 19 Janvier 2012; rapports de la Dresse V. _____ des 3 juillet et 4 décembre 2012) combinés avec l'hernie qui a nécessité son hospitalisation le 2 janvier 2013 (cf. le rapport de la Dresse V. _____ du 4 février 2013). C'est dans ce contexte que le Dr L. _____ a reçu le recourant en consultation le 21 février 2013. Le même jour, il a envoyé un courrier au Dr X. _____, indiquant que la capacité de travail du recourant – compte tenu notamment de ses récents problèmes d'hernie – était inexistante dans une "quelconque activité" et qu'une réinsertion professionnelle s'imposait malgré d'importants obstacles linguistiques et psychosociaux. Même si les termes employés par le Dr L. _____ prêtent

à confusion, on ne saurait déduire de ce qui précède, comme le recourant semble le faire, que ce praticien a admis l'existence d'une incapacité totale dans toute activité. La mention d'une réadaptation professionnelle démontre au contraire qu'un changement d'activité était médicalement envisageable et donc exigible. Le courrier envoyé le même jour par le Dr L. _____ à l'intimée – dont le Dr X. _____ a reçu copie – confirme d'ailleurs cette appréciation, dans la mesure où il y est expressément écrit qu'une reconversion du recourant dans un travail à hauteur d'établi était exigible. Dans un rapport médical du 27 février 2013, le Dr X. _____ a renvoyé au rapport du Dr L. _____, exposant au surplus que la période d'incapacité de travail totale du recourant prendrait fin au 31 mars 2013. Les éléments apportés par le recourant dans son opposition du 5 avril 2013 – savoir les rapports médicaux précités des Drs Y. _____ et V. _____ des 19 janvier et 4 décembre 2012 – n'y changent rien. Ces deux rapports ne concernent en effet que le problème d'épaule du recourant, à l'exclusion de la problématique de l'hernie. Ils se rapportent en outre uniquement à l'activité de manœuvre du recourant, sans étudier un éventuel changement d'activité, de sorte qu'ils ne remettent pas en cause l'avis plus récent et plus complet du Dr L. _____. Le Dr Y. _____, dont l'avis datait déjà de plus d'un an au moment du prononcé de la décision du 11 mars 2013, s'est par ailleurs fondé sur des troubles de santé entre-temps résolus (blessure aux côtes) pour conclure à une incapacité de travail totale. Enfin, dans un rapport médical du 1^{er} juillet 2013, établi trois semaines après le prononcé de la décision sur opposition litigieuse, le Dr X. _____ est revenu sur sa précédente appréciation de l'incapacité de travail du recourant en invoquant l'absence d'amélioration de l'état de son santé (persistance des douleurs nocturnes insomniantes; exacerbation des douleurs lors de marche prolongée; paresthésies par intermittence; sensation de membre mort) et le fait que ce dernier refusait de subir un traitement chirurgical de son hernie. Dans le même rapport, il a toutefois relevé que le status clinique du recourant s'était amélioré s'agissant de son membre inférieur gauche. On relèvera d'abord que le Dr X. _____ n'a apporté aucun élément médical nouveau à l'appui de sa nouvelle appréciation. Au contraire, il a constaté une amélioration objective de l'état de santé du recourant, ce qui plaide en faveur de l'exigibilité d'un changement d'activité. Par ailleurs, le Dr L. _____ avait déjà pris en compte les douleurs et troubles sensitifs du recourant dans le cadre de son appréciation du 21 février 2013, que le Dr X. _____ avait approuvée dans son propre rapport du 27 février 2013. On ne voit dès lors pas en quoi la persistance des mêmes douleurs et troubles devrait conduire à une nouvelle appréciation contredisant la première. Sur ce point, le second avis du Dr X. _____, qui est intervenu alors que le recourant s'était déjà vu limiter son droit aux indemnisations journalières, n'emporte pas la conviction. Si l'on ne saurait finalement astreindre le recourant à subir une opération chirurgicale présentant des risques pour sa vie ou sa santé (cf. art. 21 al. 4 LPGA précité), il ne saurait pas pour autant invoquer son refus d'une telle intervention pour attester d'une incapacité de travail qui a déjà été niée. Il s'ensuit qu'au vu de tous les éléments médicaux pertinents, c'est à bon droit que l'intimée a rendu sa décision du 11 mars 2013 limitant le droit du recourant au 30 juin 2013 et qu'elle l'a ensuite confirmée par décision sur opposition du 10 juin 2013. Le recourant disposait en effet d'un délai d'un peu plus de trois mois pour changer d'activité, ce qui est suffisant au vu de la jurisprudence et des circonstances du cas d'espèce, en particulier les qualifications requises pour l'activité exigible de lui. C'est au surplus le lieu de rappeler que les difficultés linguistiques et psychosociales du recourant, si elles peuvent compliquer son changement d'activité, n'entrent pas dans les critères médicaux énumérés à l'art. 6 LPGA et ne peuvent donc pas

justifier une prolongation de son incapacité de travail (cf. ATF 107 V 17 consid. 2c). Le recours est ainsi mal fondé. 4. Outre ce qui précède, le recourant a déclaré, par courrier à l'intimée du 16 juillet 2013, qu'il résiliait le contrat d'assurance les liant. a) Les art. 67 ss LAMal ne prévoient certes rien en ce qui concerne la fin du contrat d'assurance conclu à titre individuel, mais l'assuré peut néanmoins mettre un terme au rapport juridique le liant à la caisse-maladie par un simple acte formateur. Les conditions d'exercice de ce droit doivent figurer dans le contrat, voire dans les conditions générales de l'assurance-maladie. A défaut, les règles du CO (loi complétant le Code civil suisse [Livre cinquième : Droit des obligations] du 30 mars 1911; RS 220), de la LCA (loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908; RS 221.229.1) ou du CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210) sont applicables par analogie (ATF 118 V 271 consid. 6a; TF K 105/02 du 28 février 2003 consid. 4.1 et réf. cit.; cf. ég. Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 4 e éd., Bâle 2012, §16a n. 7 p. 445). Les parties ne sont toutefois pas tenues d'exécuter les contrats précédemment conclus si elles s'entendent sur de nouvelles modalités (cf. ATF 135 III 1 consid. 2.4). La résiliation du rapport d'assurance a pour effet de libérer l'assureur de toute obligation, aucune obligation légale ne l'obligeant à continuer d'allouer des prestations après la résiliation pour des cas survenus antérieurement (cf. ATF 125 V 112 consid. 3/c).

b) Cela étant, le recourant a déclaré résilier ses rapports contractuels avec l'intimée par courrier du 16 juillet 2013. Par lettre du 21 août 2013, celle-ci a exposé qu'une telle résiliation n'était en principe possible qu'aux conditions de l'art. 15 al. 1 du "règlement de l'assurance individuelle indemnités journalières". Ce règlement ne figure toutefois pas dans les documents contractuels qu'elle a remis au recourant avec son courrier du 13 mai 2013, savoir un formulaire de proposition d'assurance et les CGA. Ces dernières ne correspondent en particulier pas au "règlement", l'art. 15 CGA régissant la limitation de la couverture d'assurance et non la résiliation des rapports contractuels. Il est ainsi douteux que le règlement invoqué par l'intimée soit opposable au recourant. On relèvera d'ailleurs que la proposition d'assurance ne renvoie pas non plus aux CGA. Le recourant s'étant toutefois vu communiquer celles-ci en même temps que la proposition, on doit admettre qu'il les a acceptées et qu'elles font partie intégrante du contrat. Cette question peut toutefois rester indécise dans la mesure où dans sa lettre précitée du 21 août 2013, l'intimée a accepté de mettre fin aux rapports contractuels la liant au recourant avec effet rétroactif au 31 juillet 2013, sans égard pour les dispositions réglementaires qu'elle avait citées. Les parties sont ainsi convenues de mettre fin à leurs relations juridiques dès cette date, sans qu'une résiliation unilatérale entre en ligne de compte (cf. ATF 135 III 1 précité). Cette modification bilatérale du contrat d'assurance entraîne toutefois les mêmes conséquences qu'une résiliation (cf. ATF 125 V 112 précité), savoir que le recourant n'est plus fondé à percevoir des prestations au-delà du 31 juillet 2013. A l'exception des prestations se rapportant au mois de juillet 2013, le recours est ainsi mal fondé pour cette raison également. 5. Il découle de tout ce qui précède que le recours doit être intégralement rejeté et la décision sur opposition attaquée du 10 juin 2013 confirmée. 6. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA et art. 45 LPA-VD), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours interjeté le 10 juillet 2013 par T. _____ contre la décision sur opposition rendue le 10 juin 2013 par Q. _____ SA est rejeté. II. La décision sur opposition attaquée du 10 juin 2013 est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis

clos, est notifié à : ■ Me Florence Bourqui (pour T. _____), ■ Q. _____ 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.