

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 291 vom 7. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__291

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 291 du 7 juin 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 291 del 7 giugno 2022

Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, MARCHÉ ÉQUILIBRÉ DU TRAVAIL, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 67 al. 1 LAMal, 72 al. 2 LAMal, 6 LPGA

Erwägungen

E. 7

juin 2022 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente Mme Feusi et M. Küng, assesseurs Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : D. _____ , à M. _____, recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne, et MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA , à Martigny, intimée.

_____ Art. 6 LPGA ; 67 al. 1 et 72 al. 2 LAMal E n f a i t : A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1979, travaillait depuis le 1^{er} avril 2014 en tant qu'aide-soignante pour le compte de la Résidence B. _____, devenue la Résidence Q. _____ par fusion. A ce titre, elle a été assurée pour la perte de gain en cas de maladie en vertu d'un contrat d'assurance collective conclu par son employeur avec Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée), lequel prévoyait en cas de maladie une durée de prestations de 730 jours dans une période de 900 jours, avec versement de 90 % du salaire à l'issue d'un délai d'attente de 14 jours. Le 9 novembre 2018, l'employeur a informé Mutuel que l'assurée était en arrêt de travail depuis le 26 octobre 2018. Un inspecteur de sinistre de Mutuel s'est rendu au domicile de l'assurée le 19 décembre 2018. Selon le rapport de visite, elle a expliqué qu'elle souffrait de troubles lombaires et que l'incapacité de travail était attestée jusqu'au 23 décembre 2018 avec une probable prolongation jusqu'au mois de janvier 2019. Dans un rapport du 18 janvier 2019, la Dre X. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de hernie discale L5-S1 avec compression de la racine S1 droite et de discopathie dégénérative L3-L4 et L4-L5. Elle a relevé que sa patiente était très algique et que, compte tenu du caractère incapacitant des douleurs, elle présentait une incapacité de travail de 80 % du 7 au 31 janvier 2019. A la demande de Mutuel, la Dre X. _____ a établi un nouveau rapport en date du 26 mars 2019. Elle y posait les diagnostics incapacitants de hernie discale L5-S1, de discopathie dégénérative L3-L4 et L4-L5 et d'état anxiodépressif. Elle a estimé que l'incapacité de travail était totale du 7 janvier au 30 avril 2019 sans interruption. Sur les conseils de Mutuel, l'assurée a déposé, en date du 3 avril 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Le 16 avril 2019, l'assurée a subi une intervention chirurgicale consistant en une hémilaminectomie L5-S1 droite avec décompression de la racine S1

droite et microséquectomie. Dans un rapport du 28 juin 2019, la Dre X. _____ a posé les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – de hernie discale L5-S1 refoulant la racine S1 droite, de radiculopathie algique non déficitaire, de décompression chirurgicale de la racine S1 le 16 avril 2019 et d'état anxiodépressif. Elle a fait état de douleurs persistantes après l'opération et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : limitation du périmètre de marche, impossibilité de porter ou de pousser des poids supérieurs à 5 kg et impossibilité de rester dans la même position plus de 30 minutes. L'incapacité de travail était entière et ininterrompue du 1^{er} mars au 30 juin 2019. Le 29 juillet 2019, le médecin-conseil de Mutuel a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise orthopédique. Par courrier du 9 septembre 2019, Mutuel a informé l'assurée du fait que l'expertise serait effectuée le 4 novembre 2019 par le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et lui impartissant un délai de dix jours pour communiquer ses éventuelles remarques sur le choix de l'expert et sur les questions posées. Une copie du courrier précité a été adressée à la Dre X. _____. Le Dr Z. _____ a examiné l'assurée le 4 novembre 2019. Dans son rapport daté du

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. [suivent des cas de figure concernant des situations non pertinentes en l'espèce] 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la

forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). 5. a) Dans sa décision sur opposition, l'intimée, se fondant sur les expertises des Drs Z. _____ et F. _____ ainsi que sur les prises de position de son médecin-conseil, considère que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son recours, la recourante se prévaut notamment de l'existence de douleurs incapacitantes en toutes activités, des rapports de sa médecin traitant, la Dre X. _____, attestant d'une totale incapacité de travail, du rapport d'E. _____ du 1^{er} octobre 2019 relatif à la mesure de réinsertion professionnelle mise en œuvre par l'office AI et retenant que son état n'était pas stabilisé, du constat par les organes de l'assurance-chômage de son inaptitude au placement (cf. décision du 28 avril 2020) et enfin de la nécessité d'un soutien à l'intégration d'une activité adaptée. Le rapport d'expertise bi-disciplinaire du Bureau d'expertises P. _____ du 28 décembre 2020, à l'origine d'une suspension de cause, vient confirmer la position de l'intimée. b) Il convient tout d'abord de relever que, à l'exception de la Dre X. _____, aucun des auteurs des rapports médicaux au dossier ne se prononce sur la capacité de travail. Tel est le cas du rapport du Dr J. _____ du 16 janvier 2020 ainsi que de ceux établis les 9 mai et 5 août 2020 respectivement par les Drs V. _____ et C. _____. Les rapports de la Dre X. _____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions concordantes des experts Z. _____ et W. _____ ; selon eux, alors que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante, elle était en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Les limitations fonctionnelles plus sévères retenues par le Dr W. _____ (pas de port fréquent de charges supérieures à 5 kg, pas de travail fréquent en-dessus de l'horizontale, pas de station debout, assise ou accroupie prolongées) ne sont pas déterminantes : en effet, il retient, à l'instar de son confrère Z. _____, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans la mesure où la recourante dispose d'une capacité totale de travail sur le marché équilibré de l'emploi et pas uniquement dans un milieu protégé, il convient d'admettre que la nature et l'importance de sa pathologie ne constituent pas des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail sur un marché qui lui offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est adapté à ses limitations fonctionnelles somatiques et accessibles sans aucune formation particulière. A cet égard, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle ou encore des tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques. S'agissant en particulier des atteintes physiques, la Dre X. _____ n'objective pas l'incapacité de travail de 100 % qu'elle retient ; ainsi, aucun de ses rapports ne contient d'observations cliniques de sa patiente et les limitations plus sévères que celles retenues par le Dr Z. _____, mentionnées notamment dans son attestation du 13 février 2020, sont manifestement anamnestiques (la patiente n'arrive pas à porter avec son bras droit plus de 5 kg ; subjectivement, elle se plaint de douleurs handicapantes et d'une fatigue importante ; elle n'arrive pas à porter des objets au-dessus de la tête ; elle est limitée pour exécuter des mouvements répétés avec l'épaule ; elle n'arrive pas à faire une rotation répétée de la tête vers la droite ; elle est capable de rester assise pendant 30 minutes au maximum ; elle doit changer de positions toutes les 30 minutes ; elle arrive à marcher sans charge pendant 60 minutes au maximum ; elle arrive à rester debout pendant 15 minutes au maximum ; elle n'arrive pas à faire des mouvements répétés avec le tronc ni à travailler le tronc plié ou accroupi). c) Cela étant, les experts somaticiens n'écarterent pas l'existence de douleurs au vu des diagnostics posés. Ainsi, le Dr Z. _____ a retenu des

lombosciatalgies et des cervico-brachialgies (cf. rapport d'expertise du 11 novembre 2019, p. 6) tandis que, de son côté, le Dr W. _____, a retenu un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2020, p. 14). Néanmoins, le Dr Z. _____ estime que l'intensité des douleurs et leur répercussion sociale, personnelle et professionnelle, sont en relation avec la personne de l'assurée (cf. rapport complémentaire d'expertise orthopédique du 23 avril 2020). Sur ce point, le Dr F. _____ a émis, avec réserve, un diagnostic de possible syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) tout en renvoyant à la nécessité d'un avis médical bi-disciplinaire pour le confirmer (cf. rapport d'expertise du 26 juin 2020, p. 19). De leur côté, les experts du Bureau d'expertises P. _____ ont indiqué qu'ils ne retenaient pas de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) en raison de la présence d'un substratum somatique suffisamment explicatif et compte tenu de l'absence d'un état de détresse (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2020, p. 14). Quant à l'avis du psychologue K. _____ retenant ce diagnostic, outre qu'il n'est pas objectivé, on observera qu'il n'émane pas d'un psychiatre (cf. attestation du 20 février 2020). d) Si le Dr A. _____ n'a posé aucun diagnostic psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2020, p. 14), le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive brève (F 43.20) retenu par le Dr F. _____ (cf. rapport du 26 juin 2020, p. 17) est, par définition, de durée limitée, outre qu'en l'occurrence, l'expert F. _____ le considère sans influence sur la capacité de travail. Dans ce contexte, l'existence des atteintes psychiques mentionnées par la Dre X. _____, soit un état anxio-dépressif (cf. rapports du 26 mars 2019 et 28 juin 2019 au médecin-conseil de l'intimée), auquel succède le diagnostic d'épisode dépressif « intense » (cf. attestations des 13 février et 6 avril 2020), ne s'avère pas convaincante. Outre que la Dre X. _____ n'a pas de spécialisation FMH en psychiatrie, il apparaît, s'agissant de la gravité de l'épisode dépressif, qu'elle se réfère à l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), laquelle est un test d'auto-évaluation, par définition subjectif. De plus, aucun de ces diagnostics n'est retenu par les experts F. _____ et A. _____, en particulier par le Dr F. _____ qui examine la recourante quelques semaines après que la Dre X. _____ fasse mention pour la première fois d'un épisode dépressif « intense ». Selon le constat du Dr F. _____, si l'humeur était par moment triste, il n'était toutefois pas possible de parler d'une humeur dépressive à un degré nettement anormal. Quant au trouble somatoforme douloureux, que le Dr F. _____ envisageait comme seulement possible en l'absence d'évaluation somatique, il a été ultérieurement exclu par l'expert psychiatre A. _____, dans un contexte d'expertise bi-disciplinaire avec un co-expert spécialiste en médecine interne et rhumatologie. La mention d'un tel trouble par le psychologue et psychothérapeute K. _____ ne suffit en aucun cas à écarter l'avis expertal. Ainsi, seul le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive brève est établi lege artis. Il n'entraîne pas d'incapacité de travail à dire d'expert de telle sorte que point n'est besoin d'examiner les atteintes psychiques sous l'angle de la jurisprudence fédérale en matière d'évaluation du caractère incapacitant des affections psychiques et troubles assimilés (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). En effet, puisqu'il n'y a en l'occurrence pas d'atteinte psychique durable ou significative attestée par un spécialiste, le recours à la procédure probatoire structurée (grille d'indicateurs) telle que prévue par cette jurisprudence ne se justifie pas. e) Le rapport d'E. _____ du 1^{er} octobre 2019 ne permet pas non plus de s'écarter des expertises, ses auteurs n'ayant pas les compétences médicales nécessaires à l'appréciation de la capacité de travail, seule question déterminante en

l'espèce (cf. TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En outre, il n'est pas allégué que l'inaptitude au placement constatée par les organes de l'assurance-chômage (cf. décision du Service de l'emploi du 28 avril 2020) l'aurait été sur la base d'une incapacité de travail attestée par un médecin-conseil de cette assurance. Cela étant, s'il apparaît dans différents documents médicaux (cf. rapport d'expertise du Dr F. _____ du 26 juin 2020, p. 23 et procès-verbal du médecin-conseil de Mutuel du 13 juillet 2020 ; cf. aussi rapport d'expertise rhumatologique du Bureau d'expertises P. _____ ; [Dr W. _____] du 28 décembre 2020, p. 30) que la recourante aura besoin d'un soutien pour retrouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, aucun des experts ne remet en question la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en lien avec la recommandation de soutien ; en particulier, l'existence d'une capacité de travail de 100 % n'est pas subordonnée à ce soutien. Par ailleurs, lorsque, comme en l'espèce, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif est, à l'évidence, adaptée aux limitations de la recourante et accessible sans aucune formation particulière, il convient d'admettre qu'il n'existe guère d'obstacles pour celle-ci à l'exercice d'un emploi adapté à son état de santé (cf. TF 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.5 et 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). A cet égard, il convient encore de relever que les professions de secrétaire médicale et de réceptionniste évoquées par le Dr Z. _____ (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2019, p. 7) le sont à titre d'exemples et que l'obligation de réduire le dommage (cf. considérant 3b ci-dessus ; cf. également ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 et TF 9C_551/2011 du 10 février 2012 consid. 2.3 et les références citées) entraîne pour conséquence qu'un assuré ne peut faire supporter à l'assurance ses préférences professionnelles. Il y a enfin lieu de relever que la rééducation intensive pratiquée à l'Hôpital N. _____ est postérieure à la décision sur opposition litigieuse (cf. courrier de l'Hôpital N. _____ du 2 septembre 2021 et considérant 2b ci-dessus). Qui plus est, il ne peut en être inféré une quelconque incapacité de travail, sachant qu'une telle prise en charge avait été préconisée par le Dr S. _____ (cf. rapport du 12 décembre 2019) et, en d'autres termes, par le Dr Z. _____ (cf. rapport du 11 novembre 2019, p. 8), sans que celui-ci ne subordonne le retour à une capacité de travail de 100 % à cette prise en charge. f) Sur le vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il ne peut être fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à ses prestations (indemnités journalières) avec effet au 31 mars 2020. aa) S'agissant de la date de fin du versement des indemnités journalières, le délai au 31 mars 2020 est conforme à la jurisprudence dans la mesure où une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée peut être retenue dès la date de l'examen clinique réalisé par le Dr Z. _____, soit dès le 4 novembre 2019 (cf. considérant 3b ci-dessus). bb) Il convient également de préciser que c'est l'incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA qui est déterminante en matière d'indemnités journalières en cas de maladie et non l'incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. En effet, l'art. 72 LAMal fait expressément référence à l'art. 6 LPGA ainsi qu'à la notion d'incapacité de travail et non de gain (cf. aussi considérants 3b et 3c ci-dessus). Partant, il n'y a pas matière à l'éventuel octroi d'une indemnité journalière partielle (cf. conclusion principale des écritures des 21 juin et 13 octobre 2021). 6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. 7. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82 a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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