

VD_GERICHTE ZE23.028436 vom 24. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE23.028436

FR: VD_GERICHTE ZE23.028436 du 24 mars 2025

IT: VD_GERICHTE ZE23.028436 del 24 marzo 2025

Erwägungen

E. 7

janvier 2020 du Dr L. _____. Par avis du 23 février 2022, après avoir pris connaissance de l'opposition de l'assuré et du lot de pièces qui y était joint, le Dr V. _____ a confirmé ses précédentes conclusions. Il a notamment relevé que le Dr W. _____ avait certes signalé de possibles troubles psychiatriques

- 7 - sous-jacents pouvant participer à la persistance des plaintes à caractère post-commotionnel, mais que pareils troubles ne ressortaient pas franchement de l'anamnèse expertale. Il n'avait au demeurant pas trouvé de nouveaux éléments probants indicatifs d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen expertal du Dr W. _____. Le 28 juin 2022, l'assuré a été à nouveau examiné par le Dr L. _____. Dans son rapport du 4 juillet 2022, celui-ci a mentionné les plaintes subjectives de l'assuré au sujet de céphalées chroniques, de troubles de la concentration, de sonophobie et d'une sensation vertigineuse, constaté que le recourant était toujours en incapacité de travail à 50 %, qu'il passait le matin et l'après-midi dans son entreprise, faisait la facturation et s'occupait le reste du temps de ses trois enfants et précisé qu'un cancer avait été découvert récemment chez l'épouse de l'assuré. Il a conclu à un status neurologique normal, y compris le fond d'œil, étant encore précisé qu'un examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) avait été organisé. Le tableau était alors plutôt celui d'une dépression qu'il convenait de traiter spécifiquement. A la suite de l'examen d'IRM cérébrale subi le 4 juillet 2022, l'assuré a été reçu à la consultation du Dr F. _____, spécialiste en radiologie, le 20 juillet 2022. Il ressort de son rapport du même jour que l'IRM avait mis en évidence deux anévrismes artériels intracrâniens, lesquels n'étaient néanmoins pas responsables de la symptomatologie actuelle à type de céphalées. Aux termes de son rapport du 2 septembre 2022, le Dr K. _____ a notamment indiqué que l'assuré présentait, sur le plan psychologique, un état dépressif avec insomnies et angoisses. Le 5 septembre 2022, l'assuré a complété son opposition du 26 janvier 2022 par la production de nouveaux documents médicaux, à savoir une copie du certificat médical du 2 septembre 2022 du Dr K. _____, une copie du rapport du 4 juillet 2022 du Dr L. _____ ainsi qu'une copie du rapport du 20 juillet 2022 du Dr F. _____.

- 8 - Le 20 février 2023, S. _____ a dressé un rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire à l'attention de l'OAI sur la base de l'évaluation consensuelle des Drs A. _____, spécialiste en neurologie, X. _____, spécialiste en médecine générale interne, et B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, leurs expertises respectives ainsi qu'un bilan neuropsychologique. On en extrait ce qui suit : « 4. Evaluation interdisciplinaire [...] 4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations Diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail ■ Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique, avec limitation

fonctionnelle, F32.11 Diagnostics sans impact sur la capacité de travail ■ Pas de limitations fonctionnelles après un traumatisme crânio- cérébral léger sur chute d'échelle le 30.11.2019, sans lésion structurelle objectivable, S06.0 ■ Deux anévrismes et un anévrisme de 3 mm de la bifurcation artérielle cérébrale moyenne gauche, de découverte fortuite, asymptomatique, I67.1 ■ Hypertension artérielle pendant la consultation, à reconstrôler, I10 ■ Status après fracture du 5ème métacarpien de la main droite en 01.2022, traitée conservativement ■ Status après fracture du coccyx en 2019 [...]

- 9 - 4.5. Motivation de la capacité de travail globale Pour un TCC léger, sans lésion structurelle objectivable sur le plan cérébral, avec des examens neurologiques successifs dans les limites de la norme, on peut admettre, à l'instar du Dr W._____, avec une incapacité totale pendant 8 mois et une incapacité de travail de 50 % pour encore 6 mois. Après cette date, les troubles ne sont plus imputables à une pathologie médicale et ne limitent plus la capacité de travail de l'expertisé. L'incapacité de travail actuelle est motivée par les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. 4.6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Neurologie : capacité de travail de 0 % jusqu'au 30.07.2020, capacité de travail de 50 % jusqu'au 31.01.2021, capacité de travail entière depuis cette date. Neuropsychologique : aucune incapacité de travail ne peut être retenue sur le plan neuropsychologique en raison d'un manque de validité des symptômes et des performances. Psychiatrie : la capacité de travail est de 100 % depuis toujours, avec une baisse de rendement à 20 % depuis le 30.11.2019. Médecine interne générale : capacité de travail de 100 % pour la médecine interne générale, sauf de janvier à mars 2022 dans le cadre de la fracture du 5ème métacarpien de la main droite où il présentait une capacité de travail à 0 % pendant 6-8 semaines. Evaluation consensuelle : capacité de travail de 0 % jusqu'au 30.07.2020, capacité de travail de 50 % jusqu'au 31.01.2021 (NB : en suivant l'avis du Dr W._____), capacité de travail de 80 % depuis cette date, en tenant compte de la perte de rendement évaluée à 20 %, sauf de janvier à mars 2022 (capacité 0 %, blessure à la main droite). [...] ». Par avis du 24 mai 2023, après avoir pris connaissance du rapport du 4 juillet 2022 du Dr L._____, le Dr V._____ a persisté dans ses conclusions. Il a notamment retenu que les deux anévrismes cérébraux de petite taille découverts fortuitement à l'IRM cérébrale du 4 juillet 2022 n'expliquaient aucunement les symptômes de l'assuré et étaient alors non incapacitants. Il a également précisé que l'hypothèse d'une dépression n'était pas nouvelle, étant au surplus souligné que la description de l'activité de l'assuré au quotidien était en contradiction avec un état dépressif sévère incapacitant, dès lors que l'administration de son entreprise matin et après-midi et la prise en charge de trois enfants étaient deux activités nécessitant une attention et une concentration importantes. Par décision sur opposition du 1er juin 2023, J._____ a rejeté l'opposition formée le 26 janvier 2022 et complétée le 5 septembre 2022

- 10 - par l'assuré et maintenu la décision du 20 décembre 2021. L'assureur a considéré que le rapport neurologique du Dr W._____ devait se voir attribuer une pleine valeur probante et que les rapports produits à l'appui de l'opposition n'apportaient pas d'élément nouveau. Le Dr W._____ avait fondé ses conclusions sur ses propres constatations cliniques et sur l'examen de son dossier. Par courrier du 21 juin 2023, l'assuré a sollicité de l'assureur qu'il réexamine sa position à l'aune des conclusions de S._____ et joint à cette demande une copie du rapport d'expertise médicale du 20 février 2023 de S._____. Par courrier du 30 juin 2023, l'assureur a rappelé à l'assuré qu'il lui était loisible, le cas échéant, de faire recours auprès de l'instance compétente. C. Par acte du 3 juillet 2023, Q._____ a

formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonale contre la décision sur opposition rendue le 1er juin 2023 par J._____. Il a conclu à sa réforme en ce sens que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières en tenant compte d'une incapacité de travail de 50 % du 1er décembre 2020 au 31 janvier 2021, puis d'une incapacité de travail de 20 % à compter du 1er février 2021, dans les limites de la couverture d'assurance. A l'appui de son recours, il a notamment produit une copie du rapport d'expertise médicale du 20 février 2023 de S._____. Par décision du 28 août 2023, l'OAI a dit que le recourant avait notamment droit à une demi-rente d'invalidité du 1er novembre 2020 au 30 avril 2021. L'intéressé présentait une incapacité de travail et de gain de 50 % dans toute activité lucrative le 30 novembre 2020. Il avait recouvré une pleine capacité de travail, moyennant une baisse de rendement de 20 %, dès le 1er février 2021. Il avait au demeurant présenté une nouvelle incapacité de travail de 100 % du 4 janvier au 3 avril 2022 en lien avec une seconde atteinte à la santé.

- 11 - Par réponse du 13 septembre 2023, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 1er juin 2023. Par réplique du 26 septembre 2023, le recourant a modifié ses conclusions en ce sens que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières en tenant compte d'une incapacité de travail de 100 % du 1er mai au 30 juillet 2020, puis d'une incapacité de travail de 50 % du 31 juillet 2020 au 31 janvier 2021. A l'appui de sa réplique, il a produit une copie de la décision du 28 août 2023 de l'OAI. Par duplique du 30 octobre 2023, l'intimée a confirmé les conclusions de sa précédente écriture. En particulier, elle a contesté les conclusions de la réplique du 26 septembre 2023. Elle a allégué que le recourant avait repris le travail à 50 % dès le 1er mai 2020 et rappelé notamment l'obligation du recourant de diminuer le dommage vis-à-vis de l'assureur-maladie. A l'appui de cette prise de position, elle a notamment rappelé la copie de la déclaration d'incapacité de travail pour maladie de l'employeur du 6 juillet 2021 par laquelle ce dernier avait daté au 1er mai 2020 la reprise effective du travail par le recourant à 50 % ainsi que le courriel du 14 juillet 2021 par lequel P._____ Sàrl, représentée par [...], indiquait que le recourant n'avait toujours pas repris le travail à 100 %, mais confirmait que « [s]a reprise partielle [était] depuis le 1er mai 2020 à 50 % à ce jour ». Le 6 novembre 2023, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler. Sur interpellation de la juge en charge de l'instruction, l'intimée, par écriture du 20 février 2025, a confirmé avoir versé des indemnités journalières à un taux de 50 % sur la période courant du 1er mai au 31 octobre 2020 et s'est, pour le surplus, réservé le droit de requérir la restitution du montant lié à une éventuelle surindemnisation du fait des indemnités journalières qui auraient été versées par la CNA durant le mois de mai 2020.

- 12 - Prenant position le 6 mars 2025, le recourant a fait valoir que les indemnités journalières versées par la CNA avaient pris fin au 30 avril 2020, produisant à cet égard un décompte de ladite caisse chiffrant les montants versés au titre d'indemnités journalières sur la période du 30 novembre 2019 au 30 avril 2020.

- 13 - 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 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 au-delà du 31 octobre 2020, respectivement à des indemnités journalières pour perte de gain qui tiennent compte d'une incapacité de travail de 100 % du 1er mai au 30 juillet 2020, puis d'une incapacité de travail de 50 % du 31 juillet 2020 au 31 janvier 2021. 3. a) Est réputée maladie notamment toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui provoque une incapacité de travail (art. 3 al. 1 in fine 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 (art. 6 LPGA).

- 14 - Constater l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail est une question de fait que le juge doit trancher, selon le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 143 III 242 consid. 3.7 ; 133 III 462 consid. 4.4.2 ; 133 III 81 consid. 4.2.2), à l'aune des renseignements donnés par les médecins (TF 8C_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.2.4 ; 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3 in fine). b) 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 indemnités journalières avec un assureur (art. 67 al. 1 LAMal). L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (TF 9C_131/2020 du 5 mai 2020 consid. 3.2 et les références citées ; 9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1). 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 (TF 9C_131/2020 du 5 mai 2020 consid. 3.2 et les références citées). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 72 al. 2, 1ère phrase, LAMal et son renvoi à l'art. 6 LPGA précité). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (art. 72 al. 3, 1ère phrase, LAMal). En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue à l'art. 72 al. 3 LAMal ; la couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle (art. 72 al. 4 LAMal). Selon les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal du 1er janvier 2011 intégrées au Contrat (ci-après : CGA), l'intimée alloue l'indemnité journalière notamment en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie à partir

- 15 - de 25 % (art. 5.1 et 13.1 CGA). L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours (art. 7.1 CGA). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves ancré à l'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). En présence d'avis contradictoires entre experts et médecins traitants, le juge doit apprécier la valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a). Il ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Compte tenu de la distinction faite par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne

- 16 - saurait remettre en cause une expertise médicale ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à l'assuré de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment 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 sur lesquels s'est fondée l'administration ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Concernant les rapports des médecins-conseils, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé. Le seul fait que le médecin interrogé soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité dudit médecin ; il faut que des circonstances particulières fassent objectivement apparaître comme justifiée la méfiance à l'égard de son impartialité (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et l'arrêt cité). 5. Le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée sur l'expertise médicale du 2 décembre 2021 du Dr W._____ et l'avis du

E. 9

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à des indemnités journalières à 50 % du 1er mai au 30 novembre 2020, cette décision étant confirmée pour le surplus. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). Vu l'admission très partielle du recours, le recourant a droit à des dépens réduits à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA art. 55 LPA- VD), qu'il convient d'arrêter à 500 francs.