

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante,

et

N. _____ **ASSURANCE MALADIE SA**, à [...], intimée.

Art. 6 LPGA ; 72 LAMAL

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en tant qu'ouvrière viticole dès le 1^{er} mai 2019 auprès de Q._____ (ci-après : l'employeur). 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 N._____ Assurance Maladie SA (ci-après : N._____ ou l'intimée), lequel prévoit en cas de maladie une durée maximale de prestation de 730 jours sur une période de 900 jours, avec versement de 80 % du salaire à l'issue d'un délai d'attente de deux jours.

Le 25 juin 2020, l'assurée a chuté et est tombée sur son poignet gauche, ce qui a engendré une incapacité totale de travail dès le 14 juillet 2020.

Le cas a été annoncé à la B._____ (ci-après : B._____) en sa qualité d'assureur-accident, laquelle a versé des indemnités journalières.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] du poignet gauche, réalisée le 24 juillet 2020, a montré que l'assurée souffrait d'une entorse de grade II du ligament du triangulaire du carpe atteignant préférentiellement le ligament collatéral ulnaire. Il y avait une infiltration des parties molles avoisinantes et un épanchement articulaire radio-ulnaire distale, des remaniements arthrosiques de l'articulation pisotriquétrale ainsi qu'une entorse bénigne du ligament scapho-capital dorsal et, dans une moindre mesure, palmaire. Il n'y avait pas d'image de fracture ou de contusion osseuse et les rapports articulaires étaient préservés (cf. rapport du 27 juillet 2020 du Dr C._____, spécialiste en radiologie et en neuroradiologie diagnostique).

Par décision du 20 novembre 2020, B._____ a informé l'assurée que son intervention concernant l'accident du 25 juin 2020 prenait fin au 30 septembre 2020 au motif que l'examen du dossier

médical ne démontrait pas l'existence d'un lien de causalité suffisant entre ledit accident et les troubles présents à son poignet gauche. Le cas relevait de l'assurance-maladie, raison pour laquelle elle transmettait une copie de sa décision à N._____.

En raison de la persistance de ses douleurs au poignet gauche, l'assurée a été vue le 3 décembre 2020 par la Dre L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, et le 25 février 2021 par le Dr Z._____, spécialiste en neurologie. La Dre L._____ a posé les diagnostics d'entorse du poignet gauche, avec entorse du ligament triangulaire du carpe [TFCC], et de tendinite du fléchisseur radial du carpe [FCR]. Elle a observé que l'assurée était à cinq mois de son traumatisme, avec surtout des douleurs en regard du tendon du FCR. Au niveau du TFCC, elle n'avait plus de gêne ni d'instabilité de l'articulation radio-ulnaire distale (cf. rapport du 3 décembre 2020). Quant au Dr Z._____, il a indiqué que l'assurée souffrait d'un status après entorse complexe du poignet gauche avec douleurs rebelles du poignet à caractère mécanique (non explicables par une pathologie neurologique) et d'un possible syndrome du tunnel carpien d'accompagnement a minima (paresthésies nocturnes, sans anomalie au status, ni à l'EMG [électromyogramme]) (cf. rapport du 25 février 2021).

Afin de se déterminer sur le droit aux prestations d'indemnité journalière, N._____ a recueilli des renseignements auprès du médecin traitant de l'assurée, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a posé les diagnostics incapacitants de douleurs persistantes du poignet gauche et de possible syndrome du tunnel carpien. L'assurée était en incapacité totale de travailler dans l'activité exercée depuis le 1^{er} octobre 2020, et ce jusqu'au 1^{er} mai 2021. La date d'une reprise restait indéterminée (cf. rapport médical LAMal du 12 avril 2021).

Sur mandat de N._____ (avis du 20 avril 2021 du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en

rhumatologie, médecin-conseil auprès de N._____), une expertise médicale a été réalisée par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon le rapport corrélatif du 27 mai 2021, ce praticien a estimé que les douleurs persistantes au poignet gauche (status après probable contusion du poignet gauche le 25 juin 2020 et probable lésion du ligament triangulaire du carpe, poignet gauche Palmer 1B) était incapacitantes. Selon lui, l'état du poignet gauche de l'assurée n'était pas compatible avec le métier d'ouvrière viticole. Dans une activité adaptée, l'assurée, droitrière, était apte à exercer une activité à plein temps qui épargnait son poignet gauche, ce à compter du jour de l'expertise. L'assurée pouvait faire usage de son membre supérieur droit, sans limitation. Elle devait éviter les métiers qui impliquaient le port de charges supérieures à 1 kg et les métiers impliquant des mouvements répétés du poignet gauche, surtout en prosupination.

Par décision du 29 juin 2021, fondée sur l'expertise précitée et un avis du 22 juin 2021 du Dr K._____, N._____ a informé l'assurée qu'elle était médicalement reconnue capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et que le versement des indemnités journalières cesserait au 30 septembre 2021, soit après un délai de transition d'environ trois mois.

Le 8 juillet 2021, l'assurée s'est opposée à cette décision, exposant que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'elle présentait une problématique dorsale.

Par décision sur opposition du 2 septembre 2021, N._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision, en se basant sur l'appréciation du 25 août 2021 de son médecin-conseil, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, pour qui il n'y avait aucun fait nouveau concernant son poignet et aucun diagnostic médical étayé concernant les allégations de douleurs dorsales.

Le 27 septembre 2021, l'assurée a fait parvenir à N._____ un rapport du 24 septembre 2021 du Dr T._____, qui mentionnait la réalisation d'une intervention par laser de la grande veine saphène et phlébectomies de la jambe le 15 septembre 2021 avec une incapacité totale de travail jusqu'au 1^{er} octobre 2021.

B. Par acte du 4 octobre 2021, F._____ a déféré la décision sur opposition du 2 septembre 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2021. Elle a argué ne pouvoir reprendre une quelconque activité professionnelle.

Dans sa réponse du 2 mars 2022, N._____ a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. A cette occasion, elle a produit plusieurs pièces dont :

- un avis du 12 janvier 2022 du Dr W._____ sur le rapport du 24 septembre 2021 du Dr T._____ ;
- un rapport médical du 7 février 2022 du Dr T._____, joignant à celui-ci des rapports des 22 septembre 2021 et 25 janvier 2022 du Dr X._____, spécialiste en angiologie, du 13 janvier 2022 de la Dre J._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, du 18 janvier 2022 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 26 novembre 2021 de V._____ ;
- un avis du 22 février 2022 du Dr W._____ sur les documents sus-cités.

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 de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie au-delà du 30 septembre 2021, singulièrement sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme au versement de ces prestations avec effet au 30 septembre 2021.

3. a) L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss 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, RAMA 2000 n° KV 116 p. 145 ; K 33/98 du 17 juillet 1998 consid. 2, RAMA 1998 n° KV 43 p. 420). 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 ; K 74/02 du 16 avril 2004 consid. 2.1, RAMA 2004 n° KV 284 p. 236 ; K 129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b, non publié aux ATF 127 V 154).

b) Aux termes de l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque la personne assurée a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA).

c) Aux termes de l'art. 6 LPGA, auquel l'art. 72 al. 2 LAMal renvoie expressément, 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. La précision apportée à la deuxième phrase de l'art. 6 LPGA est une expression de l'obligation de diminuer le dommage – qui est un principe général du droit des assurances sociales –, selon laquelle il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; voir également ATF 114 V 281 consid. 1d). 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^{ème} éd. 2015, n° 1461 ss p. 841).

d) Lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession, l'assurance doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un nouvel emploi (ATF 114 V 281 consid. 5b) ; 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 (arrêt K 42/05 du 11 juillet 2005 consid. 1,3, in RAMA 2005 KV 342 p. 356). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu ou pourrait être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 129 V 460 consid. 4.2).

4. 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).

5. a) En l'espèce, l'intimée a mis fin, après un délai de transition d'environ trois mois, au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2021, au motif que la recourante était médicalement reconnue capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. L'intimée fonde sa décision sur le rapport d'expertise du 27 mai 2021 du Dr H._____. Pour sa part, la recourante soutient, sur la base de plusieurs rapports médicaux, que son incapacité de travail a perduré au-delà du 30 septembre 2021.

b) In casu, il convient de constater, dans un premier temps, que la recourante a bénéficié d'indemnités journalières de la part de l'intimée en raison de douleurs persistantes au poignet gauche (non dominant).

Il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations opérées dans le cadre de l'expertise du Dr H._____ (cf. rapport du 27 mai 2021), selon lesquelles la recourante dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« éviter les métiers qui impliquent le port de charges supérieures à 1 kg et les métiers impliquant des mouvements répétés du poignet gauche, surtout en prosupination »). Quoi qu'en dise la recourante, on ne voit pas que

l'appréciation du Dr H._____ quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité respectant ses limitations fonctionnelles ait été remise en cause par les pièces médicales versées au dossier subséquemment à la décision litigieuse. En particulier, la Cour de céans rejoint l'avis du 22 février 2022 du Dr W._____ qui a relevé qu'il n'y avait aucun élément nouveau concernant le poignet gauche de la recourante pouvant suggérer une péjoration de la situation depuis l'expertise et qu'il existait une certaine incohérence dans le rapport de la Dre J._____ entre les plaintes alléguées et les constatations médicales. A la suite d'une infiltration du tunnel carpien gauche, la Dre J._____ a, en effet, noté qu'il n'y avait pas d'amélioration et que les douleurs étaient toujours diffuses et mal systématisables, relevant « en particulier, il n'y a[vait] aucune douleur au niveau pisotriquétral (lésion dégénérative décrite à cet endroit-là). [...] La patiente manipul[ait] ses affaires de manière tout à fait normale lors de la consultation mais lors du testing, on observ[ait] une diminution de la force significative au niveau FPL [flexor pollicis longus], intrinsèque, etc. mais sans aucune atrophie. Il exist[ait également une hypersensibilité D2, D3, D4 et D5 épargnant le pouce » (cf. rapport du 13 janvier 2022). Il n'y a pas non plus d'indice que la chute du 26 novembre 2021, mentionnée sans plus de détails, ait une influence sur la capacité de travail retenue par le Dr H._____.

c) Dans un second temps, il sied de constater que la recourante ne présente pas d'autres atteintes à la santé qui justifieraient la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2021.

L'opération des varices le 15 septembre 2021 s'est bien passée, sans complication majeure (cf. rapport médical LAMal du 7 février 2022 du Dr T._____). Quant à l'intervention du 22 septembre 2021, le Dr X._____ a observé que la grande veine saphène traitée par laser était bien occluse (ce qui a encore été confirmé lors de la consultation d'angiologie du 21 janvier 2022 [cf. rapport du 25 janvier 2022]), qu'il n'y avait pas de thrombose veineuse profonde fémorale poplitée ou jambière et que seul un résidu de varice thrombosée

à la face interne de la jambe persistait. En raison des varices résiduelles, une nouvelle intervention était prévue en automne 2022. Or cette dernière ne saurait être jugée incapacitante, en tous cas, avant sa réalisation. Il n'y a donc aucun indice que l'incapacité de travail spécifique liée aux deux interventions des varices subies par la recourante ait perduré au-delà du 30 septembre 2021, ce d'autant plus que le Dr T._____, dans son rapport du 7 février 2022, a indiqué les raisons de la prolongation de l'incapacité de travail au-delà du 30 septembre 2021 comme étant « la persistance de douleurs du poignet gauche et les talalgies persistantes, une suspicion d'affection rhumatismale sous-jacente et une nouvelle chute le 26 novembre 2021 », sans mentionner les interventions des varices.

Concernant les talalgies, il s'agit d'une problématique ancienne. Le Dr M._____ a relevé la présence de ces dernières depuis quatre, voire quinze ans. Cette affection ne semble par ailleurs pas avoir eu d'incidence sur la capacité de travail de la recourante.

S'agissant de la fibromyalgie, le dossier ne contient aucun rapport médical attestant objectivement de l'existence d'une telle pathologie. La Dre J._____ s'est simplement questionnée sur cette problématique, sans qu'aucun praticien consulté n'ait jamais établi ce diagnostic.

d) Compte tenu du caractère diffus des diverses plaintes de la recourante, elles ne sauraient avoir une influence sur la capacité de travail dans une activité adaptée, étant par ailleurs relevé qu'aucune conclusion claire et motivée quant à l'incapacité de travail dans une activité adaptée n'a été communiquée par le Dr T._____, la Dre J._____ ou le Dr M._____. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr H._____, laquelle n'est sérieusement contredite par aucune pièce au dossier. Aussi convient-il de retenir que la recourante présentait, au moment de la suppression des indemnités journalières par l'intimée, une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

6. Pour le reste, la recourante ne conteste pas la détermination de sa perte de gain. Le revenu sans invalidité a été fixé sur la base du gain assuré, tandis que le revenu d'invalidité ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (cf. fiche de calcul de l'intimée du 29 juin 2021). Ce procédé s'avérant conforme au droit, la perte de gain arrêtée par l'intimée échappe en conséquence à la critique et exclut le paiement subséquent d'indemnités journalières en vertu de l'art. 72 al. 2 LAMal.

7. L'intimée a rendu sa décision le 29 juin 2021, annonçant à la recourante le terme des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2021. Elle lui a accordé un délai de trois mois pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé, respectant ainsi les exigences posées par la jurisprudence. La décision se révèle par conséquent en tous points conforme au droit.

8. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 2 septembre 2021 par N. _____ Assurance Maladie SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- F. _____,
- N. _____ 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).

La greffière :