

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 décembre 2010

Présidence de M. MICHELLOD, juge unique
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

Z._____, à Yvorne, recourant,

et

S._____, à Martigny, intimée.

Art. 6 LPGA; 72 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré), né en 1940 et qui exerce l'activité de vigneron-agriculteur, a souscrit auprès de S._____ (ci-après: S._____), pour les années 2007 et 2008 notamment, une assurance individuelle d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, pour un montant journalier assuré de 200 fr., avec un délai d'attente de soixante jours.

Du 13 novembre 2007 au 28 février 2008, Z._____ a connu une incapacité de travail à 100%, puis à 50% du 29 février au 18 mars 2008, à nouveau à 100% du 19 mars au 30 juin 2008, et enfin à 50% du 1^{er} au 31 juillet 2008.

Il ressort du dossier, et en particulier des réponses apportées par le Dr K._____, médecin traitant de Z._____, au questionnaire de S._____ le 20 mai 2008, que l'assuré a été opéré le 13 novembre 2007, une prothèse totale lui ayant été posée au genou droit. Le 11 décembre 2007, le drainage d'un sérome para-articulaire antérieur du genou droit a été pratiqué. Le 19 mars 2008, il a été constaté la présence d'un "volumineux kyste poplité" au même genou, dont l'excision a été pratiquée le 6 mai 2008.

Le 26 mai 2008, S._____ a fait savoir à son assuré qu'elle considérait l'incapacité de travail qui avait débuté le 19 mars 2008 comme une nouvelle affection, se fondant sur les informations obtenues lors d'un entretien téléphonique le 8 mai 2008 entre le Dr K._____ et son médecin-conseil. Elle a ainsi précisé qu'un nouveau délai d'attente de soixante jours allait être imputé sur son droit aux prestations à partir de cette date.

Par courrier du 30 mai 2008, l'assuré a formé opposition à cette décision. A l'appui de son écriture, il a exposé que, selon son médecin traitant, l'incapacité de travail dès le 19 mars 2008 ne résultait

pas d'une nouvelle affection mais bien des suites de celle qui avait débuté le 13 novembre 2007.

Le 8 juillet 2008, le Dr K._____ a tenu informé l'assureur de l'évolution du cas, indiquant que les suites opératoires de l'excision du kyste ont été simples et qu'une reprise du travail à 50% était prévue depuis le 1^{er} juillet, et à 100% dès le 1^{er} août.

Par décision sur opposition du 3 septembre 2008, S._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision. Elle s'est référée aux avis transmis par le médecin-conseil, le Dr B._____, lequel a confirmé dans le rapport du 26 juin 2008 et la note du 28 août 2008 que le kyste poplité était bien une deuxième affection, débutant le 19 mars 2009.

B. Par acte du 30 septembre 2008, Z._____ recourt à l'encontre de la décision sur opposition, concluant à sa réforme en ce sens que des indemnités journalières lui soient versées du 19 mars au 17 mai 2008, période correspondant au délai d'attente que S._____ veut, à tort, lui imposer.

Dans sa réponse du 25 novembre 2008, S._____ conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 3 septembre 2008. Après rappel des dispositions de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) et des conditions d'assurance, elle indique s'être fondée sur les rapports médicaux du Dr K._____ des 22 mai 2008 et 2 juillet 2008 ainsi que sur les prises de position du médecin-conseil des mois de mai, juin et août 2008. Elle précise que ce dernier, après s'être penché à trois reprises sur le dossier de l'assuré, a maintenu et confirmé après chaque analyse sa prise de position, à savoir que le kyste dont a souffert Z._____ constituait une seconde et nouvelle affection de son genou. En conclusion, l'affection du 19 mars 2008 constitue une seconde affection et non pas uniquement une suite logique du traitement de la prothèse totale du genou gauche, de sorte qu'il convient de faire courir un nouveau délai d'attente avant tout

versement de prestations, soit en l'espèce soixante jours, comme le prévoyait le contrat liant Z. _____ à S. _____.

Dans sa réplique du 21 janvier 2009, le recourant requiert, face aux avis contradictoires de son médecin traitant et du médecin conseil, la mise en œuvre d'une expertise tendant à examiner s'il existe un lien entre les deux interventions subies au genou droit.

Le 9 février 2009, S. _____ s'est déterminée comme suit:

"Le rapport médical du 22 mai 2008 du Dr K. _____ fait également mention du fait que "les limitations actuelles ne sont pas en relation avec la prothèse". En effet, l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 50% dès le mois de février 2008. L'incapacité de travail de M. Z. _____ est redevenue totale dès le 19 mars 2008, soit dès la constatation de l'existence d'un kyste poplité. Il y a donc lieu de conclure que l'excision du kyste poplité seule a engendré l'incapacité de travail (nouvelle) dès le mois de mars 2008.

Dès lors, toute demande d'expertise médicale paraît superflue, dans la mesure où la nouvelle existence d'un kyste poplité était bien la seule et unique cause de l'incapacité de travail du mois de mars 2008. L'existence du kyste poplité n'avait jamais été décelée auparavant, même lors de l'opération de la prothèse totale. Enfin, qu'il s'agisse d'une rechute ou d'une nouvelle affection, le kyste poplité constitue pour S. _____, un nouveau cas au sens des Conditions générales de la caisse et un délai d'attente doit être appliqué au versement des indemnités journalières. Une expertise médicale ne permettra pas de prouver d'autres éléments que ceux déjà amenés au dossier."

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, RS 932.10) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAMal).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA).

2. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La LPA-VD s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Il s'ensuit que la cour de céans, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer sur le recours interjeté par Z._____ contre la décision sur opposition rendue le 3 septembre 2008 par S._____. La valeur litigieuse étant de 12'000 fr., soit inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

3. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain de la part de la caisse intimée pour la période du 19 mars 2008 au 17 mai 2008, correspondant au délai d'attente de soixante jours.

a) Le recourant a conclu une assurance d'indemnités journalières auprès de l'intimée. L'art. 72 al. 2 LAMal dispose que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière.

b) Il n'est pas contesté, en l'espèce, que l'art. 30 des conditions générales d'assurance (CGA) s'applique et qu'ainsi un délai d'attente de soixante jours est applicable pour chaque nouveau cas. La seule question litigieuse est la suivante: l'incapacité de travail consécutive à la découverte du kyste poplité constitue-t-elle un nouveau cas ou s'agit-il des suites de l'opération subie le 13 novembre 2007.

4. a) En matière d'assurances sociales, le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins des assureurs, ou à une expertise confiée par l'assureur-accidents à un médecin indépendant, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et 3b/ee).

La jurisprudence a précisé récemment (TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, ad Tass, N. c. OAI VD du 7 mars 2007 [AI 113/06]) qu'en cas de divergence d'opinions entre experts et médecin traitant, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références; TF I 514/06 du 25 mai 2007), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitant ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

b) En l'espèce, les conclusions du Dr B._____, médecin-conseil de l'intimée, sont claires alors que celles du Dr K._____, médecin

traitant du recourant, le sont beaucoup moins. Le médecin-conseil s'est penché à trois reprises sur le dossier de l'assuré, particulièrement après réception des rapports médicaux du médecin traitant. Au terme de chaque analyse, il a maintenu sa prise de position, à savoir que le kyste constituait une seconde et nouvelle affection. En outre, le Dr K._____ a relevé que "les limitations actuelles ne sont pas en relation avec la prothèse".

Est décisif le fait que, lors de l'opération de la prothèse totale du genou le 13 novembre 2007, aucune trace de kyste n'a été décelée. De la même manière, le fait que la capacité de travail du recourant ait été de 50% dès le mois de février 2008 et soit passée à 100% dès la découverte de l'existence du kyste, soit dès le 19 mars 2008, plaide pour une nouvelle affection. Il convient ainsi de reconnaître que l'excision du kyste, à elle seule, a engendré la nouvelle incapacité totale de travail.

Force est dès lors d'admettre que l'excision du kyste constitue une nouvelle affection et que, conformément aux conditions d'assurance, l'intimée a, à bon droit, fait courir un nouveau délai d'attente de soixante jours dès le 19 mars 2008 avant d'allouer les indemnités journalières à son assuré.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours de Z._____, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD).

Par ces motifs,

**le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 septembre 2008 par S._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Z._____
- S._____
- 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 :