

GE_GERICHTE ATAS/185/2013 vom 20. Februar 2013

GE Cour de justice, 2013-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_185_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/185/2013 du 20 février 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/185/2013 del 20 febbraio 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Selon l'art. 38 des conditions générales de l'assurance indemnités journalières collective Helsana Business Salary selon la LCA de la défenderesse, édition 2006 (ci-après CGA), pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit ceux du lieu de travail de l'ayant droit, soit ceux du siège principal de [la défenderesse]. En l'occurrence, tant le preneur d'assurance que le lieu du travail du demandeur à l'époque déterminante sont à Genève. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort de l'art. 2.5 des CGA.

E. 3

La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. En vertu de l'art. 197 CPC en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie

A/708/2012 - 8/11 - complémentaires conformément à l'art. 7 CPC. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du

E. 5

Selon l'art. 3.1 des CGA, par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'art. 3.4 des CGA dispose qu'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. Aux termes de l'art. 3.5 des CGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de revenu (chiffre 13.2 CGA). Elle doit tout entreprendre pour accélérer la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir, elle doit en particulier suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant (chiffre 13.3 CGA). Lorsque l'incapacité de travail prend fin, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée à l'assureur (chiffre 13.4 CGA). Selon le chiffre 13.5 CGA, la personne assurée qui présente une incapacité de travail complète ou partielle probablement durable dans sa profession d'origine est tenue d'utiliser son éventuelle capacité de travail restante, même si cela implique un changement de profession. L'assureur invite la personne assurée à changer de profession et la rend attentive aux conséquences selon le [chiffre] 14.

E. 6

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

A/708/2012 - 9/11 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). On rappellera que la jurisprudence admet que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA non publié I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 3.3). Contrairement à ce que semble alléguer le demandeur, ce n'est pas tant le fait que le Dr A_____ soit ou non son médecin de famille qui est déterminant, mais son mandat thérapeutique.

E. 7

En l'espèce, le Dr A_____ a prolongé jusqu'au 9 octobre 2011 l'incapacité de travail de l'assuré par certificat du 5 septembre 2011. Il a précisé le 4 octobre 2011 que cette prolongation était dictée par les épanchements survenant après des marches prolongées. Or, si l'IRM passée le 9 août 2011 révélait en effet un minime épanchement, le Dr A_____ n'en a pas constaté et n'a pas fait état de douleur lors de sa consultation du 5

septembre 2011, près d'un mois plus tard. Autrement dit, l'impossibilité de reprendre le travail repose sur un symptôme et une limitation à la marche qui n'ont pas été objectivement constatés par un médecin et ne se fondent que sur les allégations de l'assuré. De plus, il n'est pas établi qu'un épanchement non douloureux suffise à entraîner une incapacité de travail. Par ailleurs, les certificats du Dr A _____ du 1er et du 19 septembre 2012 recèlent des divergences fondamentales sur les plaintes prétendument rapportées par le demandeur lors de la consultation du 5 septembre 2011 et sur la possibilité de conduire un véhicule, et il est troublant que ce médecin n'offre pas la moindre explication sur ces variations. L'attestation du 19 septembre 2012 du Dr A _____, dans laquelle ce médecin revient sur les premiers renseignements fournis à la Cour de céans, a été établie à la requête du demandeur. Le contenu de ce deuxième certificat doit ainsi être examiné avec circonspection. En l'occurrence, la Cour de céans considère que l'on ne saurait lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2), que l'on peut appliquer par analogie aux litiges en matière d'assurances complémentaires, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Or, si l'on se réfère aux premières déclarations du demandeur telles que rapportées par son médecin le 1er septembre 2012, le gonflement du genou ne survenait qu'après 4 km de marche prolongée et le Dr A _____ lui avait alors déconseillé des marches prolongées sur plusieurs kilomètres. Dans ces conditions, il faut admettre que l'activité de représentant commercial du demandeur était exigible dès le 5 septembre 2011 dès lors que celui-ci ne présentait pas d'autres symptômes que cet épanchement et n'éprouvait en particulier pas de douleurs. En A/708/2012 - 10/11 - effet, s'il est plausible que le demandeur ne soit pas toujours en mesure de se garer à proximité immédiate des locaux de ses clients lors de sa tournée, il ne paraît guère vraisemblable que la distance qu'il doit parcourir à pied entre sa place de parc et les commerces qu'il doit démarcher excède quelques centaines de mètres, soit une distance largement inférieure aux 4 km qui entraînent la formation d'un épanchement. On notera sur ce point que le demandeur n'a pas contesté la distance moyenne entre sa place de parc et ses clients de 100 à 200 m qu'a articulée le Dr D _____, mais s'est borné à souligner que cette distance devait être multipliée par le nombre de clients. Par surabondance, on relèvera qu'une telle distance serait compatible même avec les limitations fonctionnelles signalées le 19 septembre 2012 par le Dr A _____, puisqu'il n'a proscrit que les marches de plusieurs kilomètres en une fois. Quant à la conduite d'un véhicule, le médecin du demandeur a considéré dans ses premières déclarations qu'elle était possible sans restriction. On ne saurait donc nier l'aptitude au travail du demandeur dès le 5 septembre 2011 en raison d'une impossibilité à parcourir de longues distances en voiture. Enfin, la station debout et l'agenouillement occasionnel ne font pas état des limitations retenues par le Dr A _____, de sorte qu'elles ne suffisent pas à établir une incapacité de travail. Force est ainsi d'admettre que le demandeur était apte à reprendre son travail de représentant commercial dès le 5 septembre 2011.

E. 8

Eu égard à ce qui précède, la demande est rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/708/2012 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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