

GE_GERICHTE ATAS/325/2016 vom 26. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_325_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/325/2016 du 26 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/325/2016 del 26 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique

A/3038/2015 - 8/14 - des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). b. En l'occurrence, les contrats d'assurance-maladie collective et individuelle prévoyant le versement par l'intimée d'une indemnité journalière perte de gain - auxquels le recourant a été soumis respectivement jusqu'au 28 février 2015 et dès le 1er mars 2015 - renvoient expressément à la LAMal. c. Il s'agit par conséquent de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67ss LAMal, pour laquelle la chambre de céans est compétente.

E. 2

Compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclus (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours, interjeté le 7 septembre 2015 contre la décision de l'intimée notifiée le 7 juillet 2015, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985- LPA-GE - E 5 10).

E. 3

L'objet du litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des indemnités journalières du 1er mars au 31 mai 2015, en raison d'une atteinte à sa santé psychique survenue dès le 16 février 2015. L'intimée ayant versé à bien plaisir des prestations du 16 au 28 février 2015, il s'agira de déterminer si le recourant a présenté une incapacité de travail à compter du 16 février 2015, date à laquelle il était encore assuré dans le cadre de l'assurance collective et si cette incapacité a perduré du 1er mars au 31 mai 2015, période pendant laquelle il était sans emploi et assuré à titre individuel.

E. 4

a. 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 d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 LAMal (art. 67 al. 1 LAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, 1ère phrase). L'art. 71 LAMal dispose que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1er, 1ère phrase). L'art. 73 LAMal prévoit par ailleurs une coordination avec l'assurance-chômage. b. Le versement d'une

indemnité journalière est subordonnée à l'existence d'une incapacité de travail selon l'art. 6 LPGa (art. 72 al. 2 et 73 al. 1 LAMal). 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 (art. 6 LPGa).

A/3038/2015 - 9/14 - c. Selon les CGA applicables aux contrats d'assurance collective et individuelle, l'intimée accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident, pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat (art. 1 CGA). L'art. 13.1 CGA prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Cette disposition n'est pas applicable aux chômeurs. d. Selon la jurisprudence, est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 53 consid. 1.1; ATF 114 V 283 consid. 1c; ATF 111 V 239 consid. 1b). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281 consid. 1 c). Par ailleurs, le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les primes correspondantes n'ouvre pas forcément le droit au versement de la somme assurée; l'assuré doit encore prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (ATF 110 V 318 consid. 5; RAMA 1990 n° K 829 p. 8 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b). Subit une perte de gain à la charge de l'assurance-indemnité journalière la personne qui, certes, a droit en principe à une indemnité de chômage mais qui, en raison d'une maladie, est passagèrement inapte au placement et, partant, ne peut prétendre une telle indemnité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.16/03 du 8 janvier 2004).

E. 5

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 6

a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de

rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

A/3038/2015 - 10/14 - indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 importe 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 description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, 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. À 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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 traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 7

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués

A/3038/2015 - 11/14 - ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 8

a. En l'occurrence, l'intimée a retenu, en se référant à l'expertise de la Dresse G_____, que le recourant n'a présenté aucune atteinte psychique entraînant une incapacité de travail pour la période du 16 février au 31 mai 2015, ce que ce dernier conteste, en se fondant sur les rapports de la Dresse F_____ et du Dr E_____. b. Par rapport du 4 juin 2015, la Dresse G_____ a conclu, suite à l'examen du recourant réalisé le 11 mai 2015, que ce dernier ne présentait aucune atteinte à la santé à même de justifier une incapacité de travail d'ordre psychiatrique, que ce soit dans le passé ou au moment de l'expertise. Il souffrait d'une blessure narcissique (F43.28) apparue suite aux différends entretenus avec son employeur, mais n'entravant pas sa capacité de travail. c. La chambre de céans constate que ce rapport d'expertise se fonde sur un examen du recourant et prend en considération ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Les conclusions sont dûment motivées. Il convient d'examiner si d'autres spécialistes ont émis une opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. d. Le recourant fait valoir, en se fondant sur les appréciations de la Dresse F_____ et du Dr E_____, qu'il présentait une incapacité de travail totale du 16 février au 31 mai 2015. Les 7 et 15 mai 2015, la Dresse F_____ a certifié que le recourant, qu'elle suivait depuis le 2 avril 2015, souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) justifiant une incapacité de travail totale du 1er avril au 31 mai 2015 (certificats des 2 et 21 avril 2015). Elle a indiqué qu'il présentait un nouvel épisode thymique dans un contexte de difficultés professionnelles (licenciement), conjugales (divorce en cours) et d'ordre médical (chirurgie bariatrique pour faire face à une obésité morbide). Après avoir énuméré les plaintes et le traitement suivi par le recourant, la Dresse F_____ a estimé que l'évolution clinique tendait à être favorable et qu'une reprise progressive des activités professionnelles pouvait être envisagée dès le mois de juin 2015. La chambre de céans est d'avis que l'appréciation de la Dresse G_____ ne saurait être écartée au profit des conclusions de la Dresse F_____. En effet, on ne saurait accorder pleine valeur probante aux rapports établis par ce psychiatre traitant, dès lors qu'ils ne comportent ni anamnèse, ni description du

A/3038/2015 - 12/14 - contexte médical, ni constatation objective, ni appréciation de la situation médicale. Par ailleurs, la Dresse F_____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Qui plus est, la Dresse G_____ a, de manière convaincante, expliqué les raisons pour lesquelles le diagnostic posé par ce psychiatre traitant - soit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) - ne pouvait être retenu. L'expert a en effet relevé que le recourant n'avait précédemment jamais eu d'arrêt de travail en raison d'une problématique d'ordre psychiatrique, ce qui permettait d'exclure le caractère récurrent d'antécédents d'une pathologie dépressive incapacitante (p. 8 du rapport d'expertise). e. Le recourant fait valoir qu'au moment de l'expertise, il se portait effectivement mieux, de sorte qu'il n'était pas étonnant que l'expert n'ait pas constaté l'intensité moyenne de l'épisode dépressif annoncée par son psychiatre traitant. Le recourant est ainsi d'avis que dans la mesure où l'expert l'a examiné trois mois après l'événement déclencheur de sa dépression, son rapport d'expertise ne pouvait avoir une pleine valeur probante pour la période du 1er mars au 31 mai 2015. La chambre de céans constate que l'argument du recourant ne permet toutefois pas de mettre en doute l'appréciation de l'expert. En effet, on relèvera que l'expert a procédé à l'examen du recourant le 11 mai 2015, soit au moment où, par rapports des 7 et 15 mai 2015, le

psychiatre traitant a indiqué son diagnostic. Or, l'expert a dûment expliqué que l'atteinte diagnostiquée par la Dresse F_____ ne pouvait être retenue, étant donné qu'il n'avait pas constaté, lors l'examen du recourant, l'intensité moyenne de l'épisode dépressif annoncée par ce psychiatre traitant (p. 8 du rapport d'expertise). L'expert a néanmoins précisé que même si aucun signe dépressif n'avait été constaté pendant l'examen, il ne pouvait exclure l'existence passée d'une atteinte dépressive qui aurait cédé sous traitement médicamenteux. Il a toutefois souligné que l'absence de séquelles, notamment cognitives, permettait d'attester que l'intensité des symptômes n'avait été ni sévère, ni durable. Par conséquent, les certificats d'arrêt de travail couvrant la période du 1er avril au 31 mai 2015 ne pouvaient pas être considérés comme médicalement justifiés par une atteinte psychiatrique à la santé (pp. 7 et 8 du rapport d'expertise). C'est ainsi de manière convaincante que l'expert a écarté non seulement le diagnostic, mais également les incapacités de travail totale du 1er avril au 31 mai 2015 attestées par la Dresse F_____. Enfin, la chambre de céans constatera que dans la mesure où le Dr E_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin traitant, justifie l'existence d'une incapacité de travail totale dès le 16 février 2015 par un état dépressif – alors que cette atteinte a été écartée de manière circonstanciée par la Dresse G_____ – son appréciation ne saurait être décisive pour l'issue du présent litige.

E. 9

Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise emporte la conviction de la chambre de céans et permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant n'a pas présenté d'atteinte à la santé psychique entraînant une

A/3038/2015 - 13/14 - incapacité de travail du 16 février au 31 mai 2015. C'est par conséquent à bon droit que l'intimée a nié le droit du recourant à des prestations du 1er mars au 31 mai 2015.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

E. 11

a. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. b. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal. c. En l'espèce, on ne saurait considérer le recours - même mal fondé - comme téméraire ou ayant été interjeté à la légère. Les conclusions tendant à l'octroi de dépens, prises par l'intimée, au surplus non représentée, seront par conséquent rejetées.

E. 12

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3038/2015 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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