

GE_GERICHTE ATAS/50/2019 vom 23. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_50_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/50/2019 du 23 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/50/2019 del 23 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

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 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/4038/2017 - 10/16 -

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

L'objet du litige est le droit du recourant aux prestations de l'intimé dès le 10 novembre 2016.

E. 4

Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 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. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées ; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal). Selon l'art. 71 LAMal, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur, lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés définis par le contrat (al. 1), soit en l'occurrence les employés du preneur d'assurance. Selon l'art. 31 ch. 1 CGA, dans les limites des art. 20 al. 2 et 22 al. 2 LPGA, l'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre le preneur d'assurance, respectivement l'assuré sur sa part de participation à la prime. Selon l'art. 72 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail (al. 1bis). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). À 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 (al. 2). Selon l'art. 6 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. 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. 13 ch. 1 CGA, une indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail de 25 % au moins. Cette disposition n'est pas applicable aux chômeurs. 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

A/4038/2017 - 11/16 - (ATF 129 V 51, consid. 1.1 et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, 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. 1c). En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage qui est un principe général du droit des assurances sociales, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. Un délai d'adaptation de dix-sept jours au recourant pour retrouver un emploi est manifestement insuffisant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.4; ATF 129 V 463, consid. 4.2). Ce principe a été codifié à l'art. 6 phr. 2 LPGA. La jurisprudence considère comme approprié un temps d'adaptation compris entre trois et cinq mois, tel qu'il découle de la pratique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 31/04 du 9 décembre 2004). Dans un arrêt 9C_236/2012 du 15 février 2013, le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré présentait dans son activité antérieure d'électricien en électronique une incapacité de travail de longue durée, au sens de l'art. 6 phr. 2 LPGA, en raison de son inaptitude à tous les travaux comportant une exposition aux résines époxy ainsi qu'au fluor et à ses composés. Dans un arrêt K 31/04 du 9 décembre 2004, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'à partir du moment où il était établi que la recourante ne pouvait plus, du point de vue médical, exercer son activité de coiffeuse dans le salon qu'elle exploitait, en raison d'un problème d'allergie aux produits de coiffure, son incapacité de travail dans cette profession ne pouvait qu'être de longue durée au sens de l'art. 6 phr. 2 LPGA. L'assureur-maladie ne peut toutefois se défaire de son obligation d'indemniser la perte de gain de l'assuré en se fondant uniquement sur la seule évaluation médico- théorique de la capacité de travail dont ce dernier dispose dans sa nouvelle activité. Il reste tenu au paiement de l'indemnité journalière, le cas échéant dans une mesure réduite, tant que subsiste chez l'assuré un dommage résiduel dû à la maladie et couvert par les conditions d'assurance. Ce dommage se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans maladie dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. Toutefois, l'assureur n'est tenu d'indemniser l'assuré de la perte de gain que lorsque celle-ci correspond à un taux d'incapacité de travail assuré (ATF 114 V 281 consid. 3c p. 286 s.).

A/4038/2017 - 12/16 -

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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157, consid. 1b et les références). S'agissant de la capacité de travail, les tâches du médecin consistent à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler, d'autre part à déterminer les travaux qui peuvent encore raisonnablement être exigés de lui (ATF 125 V 256, consid. 4). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'experte étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

A/4038/2017 - 13/16 - d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il

importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références).

E. 6

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 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. 7

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

En l'espèce, le rapport juridique entre les parties est régi par le contrat conclu entre l'assuré et l'intimé le 6 octobre 2016, entré en vigueur le 12 septembre 2016, lequel prévoit que l'assureur verse en cas de maladie une indemnité journalière de

A/4038/2017 - 14/16 - CHF 131.05 pendant 730 jours au maximum avec imputation d'un délai d'attente de 14 jours. Le rapport d'expertise du Dr H_____ et son complément remplissent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est pas contesté par les parties. Il a en effet été établi sur la base du dossier médical complet, il prend en considération les plaintes de l'assuré, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions bien motivées. Les rapports des Drs J_____ et G_____, E_____ et F_____ ne remettent pas sérieusement en cause les conclusions du Dr H_____, aucun d'entre eux ne remplissant les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. En particulier, l'expertise effectuée par la Dre E_____ le 14 novembre 2016 n'est pas probante, puisque son auteure a modifié ses conclusions dans un rapport postérieur du 10 avril 2017, prenant en compte le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, alors qu'elle avait retenu en premier lieu des dorso-lombo-sciatalgies droites, et en retenant une capacité de travail de 0% dès mi-novembre 2016 puis de 70% dès mars 2017, alors qu'elle avait retenu dans sa première appréciation une capacité de travail entière dans une

activité adaptée dès le 14 novembre 2016. Le rapport établi par le Dr J_____ le 17 août 2017 n'est pas non plus probant, car il se fonde, sans motivation, sur l'exigibilité proposée par la Dre E_____ le

E. 10

avril 2017, qui modifiait les conclusions de son premier rapport. Quant au rapport de la Dre F_____ du 1er février 2017, il apparaît contradictoire, dès lors qu'il retient que l'activité habituelle n'était plus exigible du recourant et que l'évolution était défavorable, tout en retenant un bon pronostic. Il convient également de relever que ce rapport n'évoque pas explicitement le traitement d'Humira que le recourant recevait depuis décembre 2016, alors qu'il est établi que ce traitement a apporté une nette amélioration aux douleurs de celui-ci. Le fait qu'il persiste un doute sur le diagnostic exact de la maladie dont souffre le recourant ne justifie pas qu'il soit procédé à une nouvelle expertise, dès lors que le Dr H_____ a expliqué pour quels motifs le diagnostic était difficile à poser et que cela ne l'a pas empêché de fixer la capacité de travail du recourant en lien avec son atteinte à la santé et les douleurs ressenties, étant précisé qu'il est en tous les cas établi que le recourant souffre d'une atteinte objective. Il n'y a pas lieu non plus de donner suite aux demandes d'audition des médecins formées par le recourant, ceux-ci s'étant suffisamment exprimés par le biais de leurs rapports. On doit donc, sur la base de l'expertise du Dr H_____, retenir que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de pizzaiolo – qu'il souhaite conserver – était de 0% depuis le 26 août 2016, de 70% dès le 1er mars 2017 et de 100% dès le 17 mai 2017, avec une baisse de rendement de 20% du 17 au 31 mai 2017.

A/4038/2017 - 15/16 - C'est à tort que l'intimé a pris en compte la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, car une telle activité n'était pas exigible de celui-ci, faute d'une longue incapacité de travail au sens de l'art. 6 phr. 2 LPGA. En effet, l'on ne saurait retenir que cette condition est réalisée, dès lors que le recourant a été en incapacité de travail, totale et partielle, pendant moins d'un an en tout, soit du 30 août 2016 au 31 mai 2017, avant d'être en mesure d'exercer à nouveau sa dernière activité habituelle de pizzaiolo à plein temps, sans diminution de rendement. Il ressort en effet de la jurisprudence en la matière que pour retenir la condition de la longue incapacité de travail, il faut des circonstances indiquant que l'activité habituelle ne peut vraisemblablement plus être exercée par l'assuré, ce qui ne pouvait être déduit par l'intimé du rapport d'expertise du Dr H_____, dès lors que celui-ci concluait que le recourant était à nouveau capable de travailler dans son activité habituelle de pizzaiolo. Ainsi, l'intimé doit encore payer des indemnités journalières au recourant au-delà du 28 février 2017, à 30% du 1er mars au 16 mai 2017. La baisse de rendement de 20% du 16 mai au 31 mai 2017 retenue par le Dr H_____ n'ouvre pas le droit à des indemnités journalières, dès lors que selon l'art. 13 ch. 1 CGA, de telles indemnités ne sont allouées qu'en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Reste réservée, la compensation des primes non payées selon l'art. 31 ch. 1 CGA. La décision doit en conséquence être modifiée dans ce sens. 9. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

A/4038/2017 - 16/16 -

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.