

# **GE\_GERICHTE ATAS/619/2016 vom 10. August 2016**

GE Cour de justice, 2016-08-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_619\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_619_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/619/2016 du 10 août 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/619/2016 del 10 agosto 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 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'espèce, 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 jusqu'au 30 juin 2014, respectivement à partir du 1er juillet 2014 renvoient expressément à la LAMal (cf. pièces 4 à 6 intimée). Il s'agit par conséquent d'une assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 ss LAMal, pour laquelle la chambre de céans est compétente.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE – E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA ; art. 89c let. a LPA-GE). En 2015, le dimanche de Pâques tombait le 5 avril. Après réception de la décision sur opposition le 9 mars 2015, le délai de recours a commencé à courir le lendemain avant d'être suspendu du 29 mars au 12 avril. Ayant repris son cours le 13 avril, il est arrivé à échéance le 23 avril 2015. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

#### **E. 4**

mai 2014, il s'agira de déterminer si le recourant a présenté une incapacité de travail supérieure à 30% du 31 mars 2014 au 30 juin 2014, date à laquelle il était encore assuré dans le cadre de l'assurance collective, et si cette incapacité de travail est demeurée supérieure à ce taux durant la période où le recourant était sans emploi et assuré à titre individuel, c'est-à-dire dès le 1er juillet 2014.

#### **E. 5**

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. 1, 1ère phrase). b. Le versement d'une indemnité journalière est subordonné 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). c. Selon le contrat d'assurance collective et individuelle, l'assurance couvre les conséquences économiques d'une incapacité de travail. Le salaire maximal assuré est de CHF 250'000.- par personne et les prestations, qui s'élèvent à 80% du salaire assuré, sont versées durant 730 jours dans une période de 900 jours avec imputation du délai d'attente de deux jours. Les conditions particulières d'assurance (ci-après : CPA), annexées au contrat d'assurance collective, prévoient que les cas en cours déclarés dans la proposition d'assurance sont repris par l'assureur avec imputation des prestations déjà versées. L'assureur indemnise les sinistres en cours à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur antérieur. Les CPA prévoient également qu'en dérogation à l'art. 18 al. 7 des « conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal », édition 2011 (ci-après : CGA), la réapparition ou l'aggravation de la maladie ayant entraîné l'épuisement du droit est assurée, soit pendant 180 jours dans une période de cinq ans. Selon les CGA, les indemnités journalières versées dans le cadre de l'assurance collective sont imputées sur celles de la couverture dont bénéficie l'assuré en qualité de membre individuel (art. 12 al. 2 CGA). L'indemnité journalière est

A/1344/2015 - 21/29 - allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 13 al. 1, 1ère phrase CGA). 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).

## **E. 6**

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. 7**

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 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

A/1344/2015 - 22/29 - 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. 8**

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGa). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; 128 III 411 consid. 3.2).

A/1344/2015 - 23/29 - Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322, consid. 5a). 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 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).

## **E. 9**

juillet 2015, que ce diagnostic est « massif et avéré », le recourant n'en conserve plus que « certains traits » dans le rapport du 12 août 2015 (cf. p. 3 dudit rapport). Enfin, la chambre de ceans s'abstiendra de prendre position sur la pertinence ou l'actualité des références bibliographiques mentionnées dans le rapport d'expertise, étant rappelé qu'elle n'a pas à départager les écoles médicales opposées, ni à choisir a posteriori la procédure thérapeutique la plus indiquée, ni à se déterminer à la place du médecin (ATF 120 Ib 411, JdT 1995 I 554 ; SJ 1998 I p. 269). En définitive, le Dr K\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucun

élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, les divers rapports du Dr K\_\_\_\_\_ – par ailleurs contradictoires entre eux – ne remettent pas en cause les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique. j. On signalera en dernier lieu que la chambre de céans ne saurait se fonder sur les rapports médicaux des médecins traitants, concluant à l'existence d'une incapacité de travail complète dans la profession habituelle du recourant. En plus de présenter des contradictions insurmontables pour certains (cf. rapports du psychiatre traitant ; cf. ci-dessus : consid. 9i) ou de reposer sur des diagnostics mal étayés pour d'autres (cf. rapport de la Dresse T\_\_\_\_\_, réfuté de manière circonstanciée par l'experte rhumatologue ; ci-dessus : consid. 9g), ils ne satisfont pas à l'ensemble des réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante.

#### **E. 10**

Compte tenu de ce qui précède, les rapports d'expertise des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ emportent la conviction de la chambre de céans et permettent de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une incapacité de travail de 30%, fondée sur des motifs purement psychiatriques, le 31 mars 2014, date de l'examen par le Dr R\_\_\_\_\_. L'intimée était par conséquent fondée à réduire la quotité des indemnités journalières de 100 à 30% du salaire assuré à partir du 5 mai 2014.

#### **E. 11**

Le recours, mal fondé, sera rejeté.

#### **E. 12**

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

A/1344/2015 - 28/29 - 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. 13**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). \*\*\*

A/1344/2015 - 29/29 - 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.