

GE_GERICHTE ATAS/635/2010 vom 9. Februar 2006

GE Cour de justice, 2006-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_635_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/635/2010 du 9 février 2006

IT: GE_GERICHTE ATAS/635/2010 del 9 febbraio 2006

Erwägungen

E. 1

En vertu de l'art. 22 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA de SVICA (ci-après conditions générales d'assurance) applicables aux relations entre l'assurée et l'assureur, le preneur d'assurance peut choisir les tribunaux de son domicile en cas de contestation. Cette élection de for est admissible en vertu de l'art. 9 de la loi fédérale sur les fors en matière civile, du 24 mars 2000 (Loi sur les fors, LFors ; RS 272) par renvoi de l'art. 46a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; 221.229.1). De plus, conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la LCA. Le Tribunal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a par ailleurs expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurances d'indemnités journalières soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurances du 2 avril 1908 (LCA ; cf. ACOM/42/2006 du 13 juin 2006 et ACOM/55/2005 du 26 août 2005). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/1573/2009 - 9/14 -

E. 2

A titre préalable, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt 5P.146/1999 du 13 janvier 2000 que les litiges relatifs à l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire sont régis par la loi sur le contrat d'assurance (art. 12 al. 2 et 3 LAMal). En cette matière, l'assureur n'a pas de compétence décisionnelle; il ne peut prendre de décision sujette à recours, à l'instar de ce qui se fait dans l'assurance-maladie obligatoire. L'assuré peut faire valoir ses droits en ouvrant directement une action contre l'assureur devant l'autorité compétente en vertu du droit cantonal (ancien art. 47 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées, art. 85 al. 1 nLSA (LSA; RS 961.01); A. Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, p. 131 et 136; Viret, *Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit*, RJJ 1996, p. 191 ss, spéc. p. 199). Celle-ci est une autorité de première instance (Viret, *op. cit.*, p. 199) qui doit instruire l'action de l'assuré, en respectant les règles minimales de procédure prévues à l'art. 47 al. 2 et 3 aLSA (art. 85 al. 2 et 3 nLSA). Elle doit ainsi établir d'office les faits et apprécier librement les preuves (al. 2). Pour le surplus, elle doit se conformer au droit cantonal

applicable, qui doit toutefois prévoir une procédure simple et rapide (al. 2), et statuer, en principe, sans frais (al. 3). En l'espèce, au vu de ce qui précède, le recours de l'assurée sera traité comme une demande en paiement.

E. 3

Les prescriptions de forme prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) étant remplies, ladite demande, déposée auprès du Tribunal de céans, est recevable.

E. 4

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). La LCA a subi des modifications par la novelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) ayant entraîné des modifications de la LCA en vigueur dès le 1er janvier 2006, respectivement dès le 1er janvier 2007, de sorte qu'il y a lieu de les prendre en considération en l'espèce.

E. 5

Est seule litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'assuré a droit à la prise en charge de ses frais d'aide ménagère au-delà du 28 février 2007, singulièrement s'il présente dès lors encore une incapacité médicale d'effectuer ses tâches ménagères courantes et si celle-ci a des conséquences économiques.

E. 6

a) Selon l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. La demande ayant été déposée en l'espèce le 4 mai 2009 pour des prestations à compter du 1er mars 2007, elle l'a été en temps utile seulement pour les prestations dès le 4 mai 2007.

A/1573/2009 - 10/14 - b) L'article 3 des conditions générales applicables aux diverses assurances complémentaires selon la LCA, sont assurées les conséquences économiques de la maladie. Selon l'article

E. 10

des conditions générales de l'assurance COMPLEMENTA TOP, pour l'aide familiale qui est nécessaire pour effectuer les travaux dans le ménage, la caisse prend en charge 50% des frais attestés, jusqu'à 30 fr. par jour pendant 60 jours au plus par année civile. En sus, l'article 15 des conditions générales de l'assurance HOSPITA prévoit le paiement de 40 fr. par jour pendant 60 jours au plus. c) 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 (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance,

puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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 soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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

A/1573/2009 - 11/14 - présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité 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 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 7. Dans le cas d'espèce, le rapport médical du Dr C_____ est conforme aux exigences de la jurisprudence. Il est fondé sur un examen médical du patient, une anamnèse complète. Il pose des diagnostics, tient compte des plaintes du patient et discute ensuite de façon convaincante le cas. Son audition par le Tribunal et la confrontation de son avis à celui du médecin traitant permettent de confirmer la valeur probante de son rapport. En particulier, il expose précisément que les divers diagnostics retenus par le médecin traitant et la Dresse B_____, qu'il ne conteste pas, ne causent pas les limitations dont l'assuré se plaint. En particulier, ils ne l'empêchent pas de s'accroupir (ce qui permet de remplir et vider la machine à laver le linge et la vaisselle), ni de porter des charges de 5

kilos, deux fois par semaine sur une courte durée, y compris ramener des courses. Aucune des affections retenues n'explique les vertiges, les chutes et le manque de sensibilité, étant précisé qu'une seule chute a été mentionnée par le médecin traitant. Le médecin ne met pas en doute que le patient ressent des douleurs lombaires en se penchant, mais il précise que ces douleurs peuvent être évitées en pliant les jambes. Ainsi, l'assuré n'est pas empêché, pour des raisons médicales, de balayer ou passer une serpillère. Il précise encore que si cela est nécessaire (ce qu'il ne retient pas), une attelle anti-steppage permet d'éviter de trébucher. Le Dr C _____ est un

A/1573/2009 - 12/14 - médecin indépendant, qui est médecin conseil de l'assurance à temps très partiel, de sorte qu'il n'y a pas de motif de mettre en doute sa neutralité. A l'opposé, les rapports de la Dresse A _____, médecin traitant empathique de son patient, sont peu étayés et se bornent à affirmer, sans motivation, que les limitations sont la conséquence des affections. Ils ne permettent pas de mettre en cause l'avis du Dr C _____. Par contre, les divers rapports de la Dresse B _____ sont tout à fait convaincants s'agissant de la lente dégradation de l'état de santé du patient et rien ne permet de mettre en doute que l'assuré souffre effectivement de douleurs lombaires consécutives à l'opération de l'hernie discale en 2004. Son avis diverge de celui du Dr C _____ s'agissant des limitations liées aux affections du patient. Elle affirme en particulier que les douleurs lombaires, dues aux affections décrites, expliquent aussi que le patient n'arrive pas à se baisser, ce qui l'empêche de ramasser des habits par terre, de remplir et vider les machines à laver, de passer l'aspirateur, l'âge et la surcharge pondérale n'étant pas seuls en cause. Toutefois, la Dresse B _____ admet, d'une part, une amélioration entre début et fin 2006, les douleurs ayant alors pratiquement disparu, et elle ne parvient pas à justifier objectivement l'intensité des douleurs dont se plaint son patient au niveau dorsal et ne fait pas véritablement état d'une aggravation de l'état de santé en 2007. Elle met en avant, d'autre part, les difficultés du patient pour se doucher et s'habiller, qui sont des soins qui ne relèvent pas de l'aide de ménage visée par le contrat d'assurance en question. Elle n'exclut pas, de surcroît, que le patient puisse s'accroupir pour remplir les machines à laver et éviter ainsi les douleurs lombaires. Le port de charges, limité à quelques kilos, permet de faire des petites courses plusieurs fois par semaine. Surtout, la Dresse B _____ indique que l'état de santé est stable et séquellaire depuis 2006, après l'amélioration constatée, au point où la médication était devenue très épisodique, sans se prononcer sur le lien possible entre les difficultés croissantes du patient à assurer son ménage et son âge, soit 80 ans en 2010. A noter encore qu'il n'est pas contesté que certains gestes et activités prennent certainement plus de temps ou doivent être adaptés aux limitations, mais cela n'implique pas qu'ils soient impossibles à effectuer. Ainsi, les constatations de la Dresse B _____ ne mettent pas suffisamment en doute celles du Dr C _____ pour qu'une expertise judiciaire doive être ordonnée et il faut donc admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les limitations alléguées ne sont plus la conséquence de la maladie. Au demeurant, si le Tribunal avait admis que l'assuré est empêché, pour des raisons médicales, de faire les tâches ménagères suivantes : passer l'aspirateur, nettoyer la cuisine et les sanitaires, cela n'aurait pas été suffisant pour maintenir le droit aux prestations au-delà de fin février 2007. En effet, il apparaît que l'assuré a toujours employé une aide de ménage, à raison de 4 à 5 heures par semaine, tout à fait

A/1573/2009 - 13/14 - indépendamment de son état de santé. Or, ce temps-là est largement suffisant pour l'entretien courant d'un logement de 3 pièces, habité par une seule personne, y

compris la lessive. Ainsi, l'assuré ne subit pas, en tout état, de conséquences économiques à son incapacité de faire le ménage courant de son logement pour des raisons de santé. Peu importe qu'il réclame ce qu'il estime être des heures supplémentaires faites par son employée de maison, qu'il emploie désormais 7 heures et demie par semaine, car celle-ci a toujours passé l'aspirateur, nettoyé les sanitaires et les sols, ce qui est suffisant pour admettre qu'il n'y a pas de conséquence économique à la maladie, ces tâches ménagères étant déjà, avant la maladie, effectuées par une employée rémunérée. 8. Ainsi, la demande est rejetée, l'assurance ayant à juste titre mis un terme au versement de ses prestations à fin février 2007, après l'amélioration de la situation constatée par la Dresse B _____ . Il est possible que la caisse ait alloué les prestations de janvier 2006 à février 2007 sans un examen très poussé de la situation de santé et sur la base d'indications lacunaires s'agissant des conséquences économiques précitées. Toutefois, l'assuré ne saurait en tirer argument pour le maintien des prestations au-delà du 28 février 2007.

A/1573/2009 - 14/14 -

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