

GE_GERICHTE ATAS/672/2013 vom 20. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_672_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/672/2013 du 20 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/672/2013 del 20 giugno 2013

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; RS 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). L'assurance-indemnité journalière dont il est question correspond à une assurance collective indemnité journalière selon la LAMal. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à l'assurance-maladie, sauf dérogation expresse (art. 1 al. 1 LAMal).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'assureur a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 juin 2010, singulièrement de savoir si, au-delà de cette date, a persisté une incapacité de travail causée par la maladie.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, 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. 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). b) Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail, définie conformément à l'art. 6 LPGA, réduite de moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995) est également applicable sous le nouveau régime de la LAMal (ATF 128 V 152, consid. 2a; RAMA 1998 n° KV 45 p. 430). 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 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

A/47/2012 - 9/12 - raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281, consid. 1c).

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 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).

E. 7

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'expert 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). 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 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

A/47/2012 - 10/12 - 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). 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 celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc). 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si 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. 8

En l'espèce, s'agissant de l'incidence des douleurs dont se plaint encore le recourant sur sa capacité de travail, la Cour relève ce qui suit. L'assurance-accidents du recourant a procédé à une instruction approfondie du cas. Certes, l'assureur accident et la Cour ont alors examiné la question sous l'angle de l'existence d'un lien de causalité entre les troubles allégués et l'évènement assuré, mais l'instruction menée et les rapports médicaux détaillés qui ont alors été produits permettent également de se déterminer sur la persistance d'une incapacité de travail au-delà du 30 juin 2010 sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, comme le requiert le recourant. En effet, le dossier de la SUVA comporte plusieurs expertises correspondant parfaitement aux réquisits jurisprudentiels. Ainsi, l'évaluation de la CRR contient une anamnèse complète, un examen clinique et expose précisément les plaintes du recourant. Les conclusions de cette expertise sont motivées et convaincantes. Il sied donc de lui reconnaître une pleine valeur probante. Or, ladite évaluation conclut clairement à l'absence de toute limitation de l'appareil locomoteur, de lésion anatomique objectivable ou encore de séquelles neuropsychologiques. Les médecins de la CRR, dont le Dr H_____ a expliqué en audience qu'ils étaient mieux à même qu'un médecin-conseil d'évaluer l'exigibilité de telle ou telle activité, ont estimé que l'assuré pouvait reprendre ses

A/47/2012 - 11/12 - activités habituelles, y compris professionnelles, dans des délais relativement courts. L'expertise réalisée par le Dr I_____ peut également – pour les mêmes raisons – se voir reconnaître pleine valeur probante. Or, le médecin a de manière très claire exclu toute symptomatologie psychiatrique significative justifiant une incapacité de travail. Les autres rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente. Ainsi, le Dr E_____, neurologue, a confirmé que l'examen clinique était normal. Ce médecin a d'ailleurs insisté sur le caractère bénin de la problématique. Quant aux rapports du médecin traitant du recourant, force est de constater qu'ils ne font que relayer les plaintes de son patient, sans motiver de manière concluante l'incapacité de travail alléguée. Ainsi, quand bien même l'expertise de la CRR a été réalisée afin de déterminer si l'incapacité de travail du recourant était en lien de causalité avec un accident, l'intimée était fondée à s'appuyer sur ses conclusions claires s'agissant de la capacité du recourant à exercer son activité habituelle. Reste à examiner la question de savoir si le traitement prescrit au recourant contre- indique la reprise de son activité – laquelle implique la conduite d'un véhicule. C'est là la principale raison invoquée par le Dr J_____ pour justifier l'incapacité de travail. Il s'est pourtant avéré, lors du dosage sérique auquel a procédé le Dr M_____, que le recourant ne prenait pas le traitement

en question. Les explications de l'intéressé sur ce point s'avèrent peu convaincantes dans la mesure où elles ont varié dans le temps : au Dr M_____, le recourant s'est contenté d'indiquer qu'il souffrait d'une gastro-entérite débutée un jour auparavant, puis, devant la Cour de céans, il a affirmé avoir interrompu son traitement sur avis de son médecin – allégation au demeurant nullement étayée – et a fait remonter le début de la gastro-entérite invoquée à quelques jours plus tôt que précédemment. Au demeurant, le Dr H_____ a indiqué s'être dûment posé la question de l'influence de la prise de médicaments et avoir considéré, qu'en l'espèce, au vu des doses prescrites, il n'y avait pas de contre-indication à la conduite d'un véhicule. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'au-delà du 30 juin 2010, ne subsistait plus aucune incapacité à exercer la profession habituelle. Le recours est donc rejeté.

A/47/2012 - 12/12 - 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.