

GE_GERICHTE ATAS/84/2011 vom 27. Januar 2011

GE Cour de justice, 2011-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_84_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/84/2011 du 27 janvier 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/84/2011 del 27 gennaio 2011

Erwägungen

E. 38

Par arrêt incident du 17 décembre 2009 (ATAS/1661/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif du recourant.

E. 39

Dans sa réplique du 18 janvier 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il rappelle que l'expertise du CEMed était destinée à l'assurance-accidents, que la chondropathie rotulienne est une affection de nature dégénérative susceptible de s'aggraver et que le CEMed a en outre fait état d'une possible détérioration de sa santé psychique s'il ne retrouvait pas un emploi. Il soutient que les Drs Q_____, R_____, S_____ et T_____ ont constaté qu'il était atteint tant sur le plan psychique que physique. Enfin, il indique que l'assurance-chômage l'a rejeté au motif que son incapacité de travail perdurait.

E. 40

L'intimée a dupliqué le 19 février 2010.

A/3333/2009 - 11/18 - Elle rappelle que le recourant a déclaré aux médecins du CEMed qu'il pouvait marcher 30 minutes et que les douleurs étaient supportables voire inexistantes lorsqu'il était assis et que le CEMed a au demeurant qualifié ses plaintes de peu probantes au regard de l'examen clinique. L'intimée relève que le recourant n'a pas invoqué de problèmes psychiques à l'appui de son opposition et, se référant aux différents rapports médicaux versés au dossier, conclut qu'il n'y a aucune justification médicale à l'incapacité de travail dont le recourant se prévaut. L'intimée a demandé la production des dossiers complets de l'assurance-accidents et de l'assurance-chômage et, dans un second temps, l'audition des Drs O_____ et P_____.

E. 41

Interrogé par le Tribunal, le Dr N_____ a répondu par courriers des 15 octobre et 9 novembre 2010 que le recourant souffrait d'un épisode dépressif moyen depuis le 16 juillet 2009 et que son état psychique ne jouait qu'un rôle auxiliaire dans son incapacité de travail, motivée avant tout par ses douleurs. Le recourant avait suivi un traitement antidépresseur du 16 juillet 2009 à mars 2010, date à laquelle il y avait mis fin de son propre chef. Il n'avait pas consulté de psychiatre. La scoliose lombaire révélée par radiographie en août 2009 ne participait pas à l'incapacité de travail.

E. 42

Interpellé à son tour, le Dr Q_____ s'est déterminé le 19 octobre 2010, en indiquant avoir reçu le recourant à deux reprises en mai et juin 2009. La consultation multidisciplinaire de la douleur n'ayant pas pour but d'évaluer la capacité de travail des patients reçus, il ne pouvait se prononcer sur les répercussions de l'épisode dépressif moyen

diagnostiqué sur la capacité de travail de l'intéressé.

E. 43

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant 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) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

A/3333/2009 - 12/18 - Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à l'assurance-maladie, sauf dérogation expresse (art. 1 al. 1 LAMal). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut se voir reconnaître le droit à des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2009, singulièrement sur celle de l'existence d'une incapacité de travail dès cette date. 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 raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281, consid. 1c). c) 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

A/3333/2009 - 13/18 - temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (ATF 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, deuxième phrase LPGA. Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit

s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusque-là est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV n°112 p. 122 consid. 3a). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (SJ 2000 II consid. 2b p. 440). d) 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 (ATF 114 V 281, consid. 3c in fine). 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). 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'écarter 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

A/3333/2009 - 14/18 - 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 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). 8. En l'espèce, s'agissant de l'incidence des douleurs au genou du recourant sur sa capacité de travail, la Cour relève ce qui suit.

A/3333/2009 - 15/18 - L'assurance-accidents du recourant a procédé à une expertise afin de déterminer si l'atteinte à son genou était encore liée à l'événement accidentel du 18 juillet 2007. Cette expertise correspond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels exposés plus haut. Elle contient en effet 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 en tant qu'elle porte sur les répercussions des troubles du genou sur la capacité de travail dans une activité adaptée. En ce qui concerne les problèmes orthopédiques du recourant, il faut au demeurant constater que les autres rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente de celle du CEMed. En effet, le Dr T_____ fait essentiellement état des douleurs alléguées par le patient, sans pouvoir les imputer à des causes organiques, hormis une arthrose du genou dont les experts du CEMED ont tenu compte dans leur appréciation. Quant aux spécialistes de la douleur des HUG consultés par le recourant, ils ne sont pas parvenus à un résultat différent. Enfin, les certificats établis par le Dr N_____, ne contiennent aucun élément objectif susceptible de remettre en question les conclusions des experts consultés. Ainsi, quand bien même l'expertise du CEMed 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 une activité adaptée et à mettre un terme au versement d'indemnités journalières pour maladie après un délai approprié, puisqu'il s'agit là d'un critère pertinent pour déterminer la durée du droit à de telles prestations. S'agissant du délai imparti au recourant pour trouver un emploi adapté, on relèvera que l'intéressé a été averti de son obligation de réduire le dommage par courrier du 16 février 2009. Le délai pour trouver un emploi adapté ayant été prolongé au 31 mai 2009, soit quelque trois mois plus tard, il se situe dans la fourchette dégagée par la jurisprudence, de sorte qu'il n'est pas critiquable. 9. Il reste cependant à déterminer si l'incapacité de travail dont se prévaut le recourant est justifiée par des troubles psychiques ou d'autre nature. Il sied de rappeler que le Dr U_____, en novembre 2008, avait évoqué un état psychique relevant de la

maladie. Si l'existence de tels troubles ne revêtait pas d'importance dans la détermination du droit aux prestations de l'assurance-accidents - puisque sans lien avec l'évènement, il n'en va pas de même dans le cadre de l'assurance-maladie, qui doit, dans les limites légales, verser des indemnités journalières si un trouble psychique ayant valeur de maladie entraîne une incapacité de travail.

A/3333/2009 - 16/18 - 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 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 193, consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a). En l'espèce, la preuve d'une incapacité de travail entraînée par des troubles psychiques n'a pas été rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Dr Q _____ a en effet déclaré qu'il ne pouvait se prononcer sur les répercussions du trouble dépressif du recourant sur sa capacité de travail. Quant au Dr N _____, il a souligné que le facteur psychique n'était qu'auxiliaire dans l'incapacité de travail dont il a attesté, cette dernière étant avant tout imputable aux douleurs du recourant. De plus, ce dernier n'a pas consulté de spécialiste en psychiatrie et a mis un terme de lui-même à son traitement antidépresseur, éléments qui constituent des indices supplémentaires que si trouble psychique il y avait, il n'était pas d'une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail. 10. Il reste cependant à procéder à l'évaluation de la perte de gain occasionnée à l'assuré par les atteintes à sa santé en comparant le revenu qu'il aurait réalisé en tant que plongeur à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant une activité adaptée. S'agissant du revenu que le recourant aurait pu réaliser en exerçant une activité de substitution, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347; cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 1, niveau de qualification 4), à savoir 4'806 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise ou 57'672 fr. par an pour un horaire de 40 heures hebdomadaires. Calculé en fonction de la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,6 heures en 2008 (cf. Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises), ce revenu mensuel hypothétique correspond à un salaire annuel de 59'978 fr. 90 ([57'672 : 40] x 41.6). Même avec une réduction supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limitations de l'assuré, il en résulterait un revenu annuel de 53'980 fr. 20, lequel se révèle supérieur à celui que le recourant réalisait en tant que plongeur. Aucune perte de gain n'est donc à déplorer théoriquement, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit de l'assuré aux indemnités journalières. 11. Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours sera rejeté.

A/3333/2009 - 17/18 - Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3333/2009 - 18/18 - 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.