

GE_GERICHTE ATAS/854/2018 vom 1. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_854_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/854/2018 du 1 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/854/2018 del 1 ottobre 2018

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'occurrence, 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 dès le 1er janvier 2016 - renvoient expressément à la LAMal. c. Il s'agit par conséquent de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67ss LAMal, pour laquelle la chambre de céans est compétente.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA ainsi que 89A ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur la prétention du recourant de percevoir des indemnités journalières pour perte de gain maladie du 30 mai 2016 au 6 juin 2017 (selon les dernières conclusions du recourant, dans sa réplique, confirmées lors de son audition du 30 avril 2018), singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail pour cause de maladie à la charge de l'assureur, pendant la période susmentionnée.

Il y a lieu de relever que la limitation de l'obligation éventuelle de l'intimée de servir à l'assuré des indemnités journalières au-delà de la date du 31 juillet 2016, en raison du fait que par son licenciement le recourant serait sorti du cercle des assurés n'est plus litigieuse: il résulte en effet des déclarations concordantes des parties, lors de leur audition en comparution personnelle, que la nullité du congé - au demeurant constatable en tout temps - , opposée à l'employeur par le recourant a été admise par celui-là, les parties s'étant mises d'accord sur une date de licenciement reportée au 16 juin 2017, l'assureur perte de gain maladie en ayant été informé. Tout autre est la question de savoir si l'état de santé du recourant et son évolution ont, comme il le soutient, justifié une incapacité totale de travail du 30 mai 2016 au 6 juin 2017: cette question reste entière.

E. 4

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

A/820/2017 - 16/25 - dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1er, 1ère phrase). L'art. 73 LAMal prévoit par ailleurs une coordination avec l'assurance-chômage. 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 les CGA applicables au contrat d'assurance collective et individuelle, l'intimée accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident, pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat (art. 1 CGA). L'art. 13.1 CGA prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Cette disposition n'est pas applicable aux chômeurs. 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). Subit une perte de gain à la charge de l'assurance-indemnité journalière la personne qui, certes, a droit en principe à une indemnité de chômage mais qui, en raison d'une maladie, est passagèrement inapte au placement et, partant, ne peut prétendre une telle indemnité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.16/03 du 8 janvier 2004).

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, 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

A/820/2017 - 17/25 - 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. 6

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 LPG), 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 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

A/820/2017 - 18/25 - 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. 7

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). 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. 8

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, ou par le juge, en cas de recours ; ils entreprennent les mesures d'instruction nécessaires et recueillent les renseignements dont ils ont besoin. La chambre des assurances sociales de la Cour de justice peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé. (cf. art. 43 al. 1 et 61 let c LPGa et 89E LPA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de

A/820/2017 - 19/25 - demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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.

E. 10

Du reste, et en tout état, la chambre de céans ne saurait accorder à cette expertise la moindre valeur probante. N'en déplaise à l'intimée, ce n'est qu'à la forme que ce rapport donne l'apparence d'une approche fouillée et complète. En réalité, ce rapport, à l'instar de nombre d'expertises réalisées par cette clinique, est prolixe, la version courte ne comportant pas

moins de 41 pages, et la version longue, - figurant également au dossier -, n'en compte pas moins d'une soixantaine, dont l'essentiel est consacré à la théorie, à la méthodologie, parties peu contestables en tant que telles, mais souvent éloignées de la problématique à résoudre ; et lorsqu'il s'agit d'apprécier la situation concrète de l'expertisé, à court d'arguments, l'expert impute, sans les motiver, des discordances et des exagérations à l'expertisé ; et enfin, ne trouvant d'autres explications, il suggère d'aller rechercher l'absence de justification d'une incapacité de travail de l'assuré dans une prétendue problématique de conflit conjugal, en en voulant pour (seule) preuve la convocation, le lendemain de l'expertise, de l'intéressé à une audience ; il suggère encore une supposée frustration de l'intéressé dans l'activité professionnelle exercée dans le nettoyage, par rapport aux compétences qu'il avait acquises dans son pays d'origine. La lecture des parties essentielles de cette expertise laisse manifestement l'impression d'un parti pris qui suscite de nombreux doutes quant à l'objectivité, l'impartialité, sinon une certaine empathie, que l'on est en droit d'attendre d'un expert.

E. 11

A cela s'ajoute encore que le Tribunal fédéral, à la suite de son arrêt relatif à la clinique Corela (2C_32/2017 du 22 décembre 2017), a notamment rendu un arrêt dans lequel il relève qu'indépendamment du fait que l'expert V. (intervenant dans le cadre de la clinique Corela) ne répondait pas à la question essentielle posée, le Tribunal fédéral considère en substance qu'« il n'est pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de cette expertise pratiquée au sein du « département expertise » de la Clinique Corela SA. En effet, par arrêté du 25 juin 2015 le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève a retiré à cet établissement l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne du moins les départements « psychiatrie » et « expertise » de cet établissement. (...) Les expertises pratiquées auprès du département en question ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on peut attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art, (...) et dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, (...). Or de très importants manquements ont été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le département "expertise" n'était pas contraire au droit [arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017] ». Il a ensuite relevé qu'à la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève avait publié un communiqué de presse aux termes duquel les assurés dont le droit à des prestations avait été nié sur la base d'une expertise effectuée à la Clinique

A/820/2017 - 24/25 - Corela SA avaient la possibilité de demander la révision - devant l'autorité qui a statué en dernier lieu au sujet de la décision les concernant - sans garantie quant au succès de cette démarche - dans un délai de 90 jours depuis la connaissance des faits susmentionnés, et que de son côté, en réponse à une question d'une parlementaire, le Conseil fédéral a indiqué que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à cette clinique depuis 2015 et qu'ils venaient de résilier la convention tarifaire conclue avec celle-ci. Et le Tribunal fédéral de conclure qu'au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à la cour cantonale de s'être écartée - même si c'était pour d'autres motifs - des conclusions de l'expert V. et d'avoir renvoyé la cause à la recourante

pour instruction complémentaire (arrêt du TF 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Enfin, dans un arrêt 9F_5/2018 du 16 août 2018, le Tribunal fédéral a admis la demande de révision d'une assurée qu'il avait déboutée en 2016 en reconnaissant, à l'instar de la juridiction cantonale, une pleine valeur probante à une expertise de la clinique Corela. Il a considéré que l'expertise en cause ayant été rendue le 21 mars 2014 par un médecin psychiatre au sein de cette clinique, soit à une époque où le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports, cette expertise ne peut pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la requérante aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport du docteur N_____, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance au rapport du 21 mars 2014, établi sous l'enseigne de la clinique O_____. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du « département expertise » de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, SUSANNE LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65ème anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438) (ATAS/772/2018 du 10 septembre 2018). Par conséquent et vu de ce qui précède, le renvoi du dossier à l'intimée se justifie. Il appartiendra à cette dernière de mettre en œuvre une nouvelle expertise et de donner la possibilité au recourant de se prononcer sur la personne de l'expert pressenti (droit de récusation éventuelle motivée) et/ou sur les questions à lui soumettre, en lui réservant la possibilité de poser des questions complémentaires.

E. 12

Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 1'800.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 13

Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA et 89H al. 1 LPA).

A/820/2017 - 25/25 - 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.