

GE_GERICHTE A/2211/2022 vom 22. Februar 2024

GE Cour de justice, 2024-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2211_2022

FR: GE_GERICHTE A/2211/2022 du 22 février 2024

IT: GE_GERICHTE A/2211/2022 del 22 febbraio 2024

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 - E 2 05), 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).! [endif]>! [if> En l'espèce, le contrat conclu entre l'intimée et l'employeur porte sur le versement d'indemnités journalières selon la LAMal. Partant, la compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

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.! [endif]>! [if>

E. 3

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).! [endif]>! [if>

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2022.! [endif]>! [if>

E. 5

Il convient en premier lieu d'examiner la violation du droit d'être entendue dont se plaint la recourante. ! [endif]>! [if>

E. 5.1

Le droit d'être entendu garanti à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) comprend notamment le droit de consulter le dossier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2019 du 10 juin 2020 consid. 4.4).! [endif]>! [if> La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

E. 5.2

En l'espèce, l'intimée a admis n'avoir pas donné une suite immédiate aux requêtes de la recourante tendant à la consultation de son dossier. Toutefois, au vu de la pleine cognition de la Cour de céans et du fait que la recourante a eu accès au dossier dans le cadre de la présente procédure, une éventuelle violation de son droit d'être entendue est en toute hypothèse réparée. On relèvera par ailleurs que certaines pièces que la recourante se plaint de ne pas avoir obtenues – soit les rapports du Dr H_____ et certaines déterminations du Dr D_____ – ont été établies après l'introduction de la présente instance et lui ont été transmises sans délai par la Cour de céans. Il n'y a dès lors pas lieu d'entrer en matière sur le grief d'ordre formel invoqué par la recourante.

E. 6

L'art. 67 LAMal dispose que toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSLAMal – RS 832.12) (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (let. a) ; organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres (let. b) ; organisations de travailleurs, pour leurs membres (let. c) (al. 3).

E. 6.1

Aux termes de l'art. 72 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 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail (al. 1 bis). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). À défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière (al. 2). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable (al. 3). L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain, et le droit aux indemnités journalières est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2).

E. 6.2

Conformément à l'art. 6 LPGA, 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. L'art. 6 LPGA deuxième phrase codifie le principe de l'obligation de diminuer le dommage. Dans l'hypothèse où un assuré doit s'astreindre à changer de

profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel les indemnités journalières versées restent dues - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de l'administration doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références).

E. 6.3

En l'espèce, le contrat conclu entre l'employeur et l'intimée courant dès le 1^{er} janvier 2021 a pour objet la couverture des 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, conformément à l'art. 1 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal dans leur édition du 1^{er} janvier 2018 (CGA). La police prévoit le versement d'indemnités journalières en cas de maladie correspondant à 80% du salaire durant 730 jours, avec imputation d'un délai d'attente de 30 jours.

Selon l'art. 10 al. 2 CGA, la couverture d'assurance, ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré à la fin du contrat de travail ou du contrat collectif. Toutefois, la couverture et le droit aux prestations sont maintenus pour l'incapacité en cours à la fin du contrat de travail, si le contrat collectif est en vigueur à cette date.

E. 7

Pour trancher le droit aux prestations, le juge a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal 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 tribunal doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 enfin que 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). Ces principes sont également applicables en matière de litiges portant sur le droit à des indemnités journalières selon la LAMal (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_838/2018 du 14 février 2019 consid. 2.2).

E. 8

En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières en se fondant sur les conclusions tirées par le Dr D_____ de l'examen réalisé par le Dr E_____. !endif>![if>

E. 8.1

Il convient de relever ce qui suit au sujet du rapport du Dr E_____. En premier lieu, on peut, à l'instar de la recourante, s'interroger sur l'opportunité de la désignation d'un médecin du travail pour évaluer les répercussions sur la capacité de travail d'une fasciite plantaire, soit un trouble musculo-squelettique qu'un rhumatologue, voire un chirurgien orthopédique, aurait vraisemblablement été mieux à même d'analyser. On rappellera ici qu'un grief ayant trait à un défaut de compétence d'un expert est d'ordre matériel et non de nature formelle, et doit ainsi être examiné avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2022 du 12 avril 2023 consid. 4.2.4). Il ne s'agit ainsi pas d'un motif de récusation d'ordre formel qu'un assuré doit invoquer dans les dix jours suivant la communication du nom de l'expert (cf. art. 44 al. 2 et 36 LPGA). !endif>![if>

E. 8.2

S'agissant du contenu dudit rapport, si, au plan formel, il contient les éléments nécessaires selon la jurisprudence – soit, notamment, une anamnèse, un résumé du dossier et des diagnostics –, ses conclusions sont insuffisamment motivées pour emporter la conviction. En particulier, on peine à comprendre sur quels éléments se fonde le Dr E_____ pour qualifier la fasciite plantaire d'affection « au décours », faute d'explications sur ce point. Il n'indique pas non plus quelles observations concrètes lui permettent de retenir que les limitations fonctionnelles – dont il reconnaît implicitement la persistance à la date de son examen, puisqu'il confirme que l'incapacité de travail reste justifiée à ce moment-là – disparaîtraient progressivement lors des mois suivants, ni les motifs qui le conduisent à qualifier l'évolution de favorable. L'absence de signes d'inconfort lors de l'entretien – durant lequel on peut raisonnablement supposer que la recourante était assise – n'est pas incompatible avec des douleurs et des difficultés à la mobilisation. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, les conclusions quant à une possible reprise deux mois après l'examen ne sont nullement motivées. Le Dr E_____ se contente de souligner qu'une fasciite peut avoir une incidence durant plusieurs mois sur la capacité de travail dans le cas d'une activité exercée debout. Or, un pronostic fondé sur l'évolution usuellement observée d'une atteinte ne suffit pas à démontrer le rétablissement futur de la capacité de travail, à défaut d'éléments concrets dans ce sens. On peut ici se référer par analogie au principe prévalant en matière d'assurance-accidents, selon lequel la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). !endif>![if> En l'espèce, il n'existe aucun autre élément permettant d'accréditer la thèse d'une guérison de l'atteinte deux mois plus tard. On peut certes s'interroger sur les possibles incohérences mises en exergue par le Dr D_____, notamment la faculté de la recourante à se déplacer sans béquilles ou sans les utiliser de manière à décharger son articulation. Cela étant, ces éléments ne suffisent pas à écarter toute incapacité de travail, dès lors que l'existence de la fasciite en tant que telle n'est pas contestée et que les

répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail n'ont pas été exclusivement liées à l'utilisation de béquilles par l'expert ou par le Dr D_____, eu égard notamment aux limitations fonctionnelles décrites par le premier, incompatibles avec une activité d'employée de ménage. On ajoutera que le médecin-conseil de l'intimé ne peut être suivi en tant qu'il soutient, dans son appréciation du 16 mars 2022, que l'examen clinique a uniquement mis en évidence des douleurs de surcharge métacarpiennes de l'avant-pied, le Dr E_____ ayant également rapporté des douleurs du pied gauche sur fasciite plantaire au décours. Surtout, la scintigraphie réalisée en mai 2022 a confirmé la persistance de la fasciite plantaire, l'aponévropathie plantaire décrite dans le rapport d'examen étant un terme synonyme (cf. Aponévropathie plantaire : mise au point 2021 in Revue médicale suisse 17 [2021] p. 1314). Le Dr G_____ a également rapporté en juin 2022 des signes cliniques d'une telle atteinte. Les médecins des HUG ont eux aussi relaté une fasciite plantaire dans leur rapport de consultation du 23 septembre 2022. Au vu de l'anamnèse de la recourante, il ne s'agit à l'évidence pas d'une nouvelle atteinte, contrairement à ce que semble soutenir le Dr D_____. La mention de la date du 17 août 2022 à côté de ce diagnostic correspond vraisemblablement à la date de la première consultation, lors de laquelle l'atteinte a été constatée par ces médecins. Au vu de ce qui précède et à défaut de motivation suffisante quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle à partir du 1^{er} mai 2022 malgré la persistance de l'atteinte à l'origine de l'incapacité de travail, le rapport du Dr E_____ ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Tel est également le cas des prises de position des médecins-conseils de l'intimée, qui ne satisfont au demeurant pas non plus à la forme aux réquisits jurisprudentiels en matière de rapports médicaux.

E. 8.3

Par surabondance, il apparaît que la recourante souffre également de lombalgies, lesquelles pourraient également avoir des répercussions sur sa capacité de travail. Sur ce point, on ne saurait se rallier aux déterminations du Dr H_____, qui nie - sans aucune motivation - une corrélation entre les symptômes lombaires et l'imagerie. Il ne peut non plus être suivi lorsqu'il affirme qu'il n'y aurait pas eu de plaintes de cet ordre, puisque c'est précisément en raison de lombalgies qu'une radiographie a été réalisée en février 2022 déjà. Cette atteinte est ainsi antérieure à la date à laquelle l'intimé a mis un terme à ses prestations.

E. 8.4

On notera encore que si le Dr D_____ s'est à plusieurs reprises prononcé sur l'exigibilité d'une activité adaptée à l'atteinte plantaire de la recourante et que le médecin traitant le rejoint sur ce point, le droit aux prestations en l'espèce doit être analysé uniquement à l'aune de la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage, l'intimé n'ayant pas avisé la recourante de l'exigibilité d'un changement de profession et ne lui ayant imparti aucun délai d'adaptation à cet effet.

E. 8.5

Il ressort de ce qui précède que la Cour de céans ne dispose pas d'éléments suffisants pour trancher le droit aux indemnités journalières au-delà du 30 avril 2022. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et

4.4.1.4). En l'espèce, au vu des carences de l'expertise du Dr E_____ et du fait que les éventuelles répercussions des atteintes lombaires n'ont pas du tout été analysées par l'intimée, un renvoi de la cause pour instruction complémentaire – par exemple sous forme d'une nouvelle expertise, qui devra être mise en œuvre de manière conforme aux exigences en matière de droit d'être entendu (cf. art. 44 LPGa) – s'impose. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision sur le droit aux indemnités journalières après le 30 avril 2022.

E. 9

Le recours est partiellement admis. La recourante n'étant pas représentée, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGa a contrario). *** 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.