

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1965/2011

ATAS/614/2012

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 mai 2012**

**3ème Chambre**

En la cause

Madame P \_\_\_\_\_, domiciliée à Seynod, FRANCE

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, rue du Nord 5, 1920  
Martigny

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY  
ORSAT, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame P\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1984, travaille en tant que vendeuse pour X\_\_\_\_\_ SA (X\_\_\_\_\_) et était assurée à ce titre en 2010 auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assureur) s'agissant de la perte de gain maladie. A cet égard, le versement d'une indemnité journalière de 80% du salaire après un délai d'attente de deux jours était prévu.
2. Le 15 octobre 2010, l'assurée a été mise en arrêt de travail par le Dr A\_\_\_\_\_, pour une durée d'un jour, soit jusqu'au 16 octobre 2010. Le même jour, un second certificat d'arrêt de travail a été émis par la Dresse B\_\_\_\_\_, médecin généraliste homéopathe en France et médecin traitant de l'assurée. Cet arrêt de travail, valable jusqu'au 24 octobre 2010, a par la suite été prolongé à plusieurs reprises.
3. Le 25 octobre 2010, l'employeur de l'assurée a adressé à l'assureur une déclaration d'incapacité de travail ne donnant aucun motif quant à la raison de cette dernière.
4. Le 12 novembre 2010, la Dresse B\_\_\_\_\_ a établi un rapport retenant le diagnostic de sciatique droite depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2010 et mentionnant à titre de limitations objectives les positions statiques prolongées, debout ou assise.
5. Le même jour, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'un arrêt de travail jusqu'au 5 décembre 2010.
6. Par courrier recommandé et pli simple du 16 décembre 2010 également envoyé au médecin traitant, l'assureur a convoqué l'assurée auprès du Dr D\_\_\_\_\_, de la clinique CORELA, pour le 6 janvier 2011.
7. Le 20 décembre 2010, le médecin traitant de l'assurée a émis un nouveau certificat d'arrêt de travail valable jusqu'au 20 janvier 2011.
8. La veille de l'examen, l'intéressée s'est excusée en faisant valoir que son ami ne serait pas en mesure de la véhiculer le lendemain, ce à quoi il lui a été répondu qu'elle pouvait

parfaitement emprunter les transports publics dont les frais lui seraient remboursés.

9. Le 6 janvier 2011, le Dr D\_\_\_\_\_, après examen de l'assurée, a rédigé un rapport dont il ressort que l'assurée a indiqué qu'au niveau professionnel, l'ambiance se serait dégradée suite à l'arrivée d'une nouvelle directrice, qu'elle avait suivi un traitement associant corticothérapie, myorelaxants et antalgiques puis un traitement d'ostéopathie. Le Dr D\_\_\_\_\_ a dit avoir constaté des douleurs à la pression des trapèzes et des muscles para vertébraux mais a souligné avoir trouvé un rachis souple aussi bien au niveau dorsal que lombaire. Il a conclu à des dorso-lombalgies musculaires à mettre essentiellement sur le compte d'une tension au travail et d'un syndrome dépressif mineur qu'il a recommandé de prendre en charge. Il n'a retenu aucune limitation fonctionnelle d'origine médicale et conclu à une reprise de l'activité habituelle immédiate. Copie de ce rapport a été communiquée par la suite au médecin traitant de l'assurée par courrier du 26 janvier 2011.
10. Dans l'intervalle, le 19 janvier 2011, le médecin traitant en question a attesté d'un nouvel arrêt de travail jusqu'au 19 février 2011, puis, le 16 février 2011, jusqu'au 19 mars 2011.
11. Le 18 février 2011, l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 30 avril 2011.
12. Par courrier recommandé et pli simple du 15 mars 2011, l'assureur a convoqué l'assurée pour une expertise médicale prévue le 4 avril 2011 auprès du Dr E\_\_\_\_\_, de la clinique Corela. L'assureur attirait l'attention de l'assurée sur les conséquences d'un défaut de collaboration.
13. Le 19 mars 2011, le médecin traitant a attesté d'une nouvelle prolongation de l'arrêt de travail de sa patiente jusqu'au 30 avril 2011.
14. Par courrier du 25 mars 2011, le médecin traitant a par ailleurs informé l'assureur que sa patiente avait accepté un traitement antidépresseur depuis mi-février 2011, qu'elle se montrait collaborante et que les effets positifs s'étaient déjà

fait ressentir. Un suivi psychologique devait commencer rapidement. Le pronostic semblait bon.

15. Le matin même de l'examen prévu auprès du Dr E\_\_\_\_\_, l'assurée a avisé l'assureur par téléphone qu'elle ne se rendrait pas au rendez-vous au motif que sa fille souffrait d'une insolation. L'assureur l'a alors priée de produire un certificat médical en attestant.
16. Par téléphone du 5 avril 2011, l'assurée a répondu que le médecin de sa fille n'était pas en mesure de lui fournir l'attestation réclamée sans avoir vu l'enfant.
17. Par décision du 7 avril 2011, l'assureur a conclu à un défaut de collaboration et a mis un terme aux prestations avec effet au 4 avril 2011 en soulignant que la situation serait réévaluée dès que l'assurée se soumettrait à un nouvel examen.
18. En accord avec l'assurée, un nouveau rendez-vous a été prévu avec un médecin le vendredi 29 avril 2011. Lorsque cette date a été communiquée à l'assurée, cette dernière a indiqué qu'elle ne souhaitait pas se présenter à l'heure fixée (10h30) pour des raisons d'organisation, ce à quoi il lui a été répondu qu'en cas d'absence audit examen, il serait refusé d'entrer en matière sur son cas. L'assurée a finalement accepté de se présenter à l'heure convenue.
19. Par courrier du 25 avril 2011, l'assurée a contesté la décision du 7 avril en alléguant en substance qu'elle n'avait pu se rendre au rendez-vous qui lui avait été fixé parce que sa fille avait eu une insolation durant la nuit du 3 au 4 avril 2011. A l'appui de ses dires, elle a produit deux attestations de l'école maternelle de sa fille, attestant de l'absence de cette dernière en date du 4 avril 2011.
20. Le 29 avril 2011 l'assurée s'est présentée au rendez-vous qui lui avait été fixé. Le Dr F\_\_\_\_\_, qui l'a examinée, a conclu que l'état psychique de l'assurée n'avait plus d'incidence sur sa capacité de travail et a confirmé que la reprise du travail était possible. Il a émis l'avis que ses conclusions auraient été les mêmes si l'examen prévu le 4 avril 2011 avait eu lieu.

21. Se basant sur cet avis, l'assureur, par décision du 27 mai 2011, a mis un terme à ses prestations avec effet au 3 avril 2011, date à compter de laquelle il a estimé que l'incapacité de travail n'était plus justifiée.
22. Le 30 mai 2011, l'assureur a par ailleurs rendu une décision sur opposition aux termes de laquelle il a confirmé sa décision du 7 avril 2011.

Il a été relevé qu'à plusieurs reprises, l'assurée avait montré des réticences à collaborer, qu'elle avait été à plusieurs reprises avertie des conséquences d'un tel défaut de collaboration, que son absence à l'examen du 4 avril 2011 était injustifiée, la maladie de sa fille n'ayant pu être attestée médicalement et qu'en admettant même que cela ait été le cas, l'assurée semble avoir renoncé d'emblée à organiser la garde de son enfant pour se libérer l'après-midi.

23. Par écriture du 10 juin 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans. Elle relève que son état de santé n'a pas été abordé dans la décision litigieuse et s'étonne des conséquences de son absence à l'examen qui lui a été fixé.
24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 août 2011, a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimé fait remarquer que l'assurée a systématiquement rendu l'instruction du dossier plus difficile en tentant à chaque étape de ralentir son travail. Elle a ainsi tenté de se soustraire à la première expertise du 6 janvier 2011 la veille de celle-ci, s'est refusée à reprendre son poste le 6 janvier 2011 alors que l'expertise avait conclu à une reprise du travail à 100 %, n'a jamais donné suite aux messages qui lui étaient laissés sur son répondeur, a reconnu avoir dans un premier temps refusé catégoriquement de prendre des antidépresseurs et a ensuite manifesté sa volonté de ne pas collaborer avec le "Case Management" en prétextant son licenciement.

Pour le surplus, l'intimé relève que, selon le Dr F\_\_\_\_\_, l'assurée a vraisemblablement recouvré une pleine capacité de travail à compter du 4 avril 2011 déjà.

25. Une audience s'est tenue en date du 6 octobre 2011. A cette occasion, la recourante a expliqué qu'au début, son incapacité de travail avait été justifiée par des problèmes de dos. Comme aucun élément objectif n'avait pu être mis en évidence, on l'avait orientée vers un psychologue.

La recourante a admis "un gros laisser aller" dans la gestion de ses affaires administratives. Elle allègue avoir eu du mal à répondre à son courrier et avoir négligé de répondre au téléphone. Elle soutient que les médicaments prescrits l'assommaient au point qu'elle dormait de 8h30 à 15h00.

La recourante a admis avoir dans un premier temps refusé les antidépresseurs. Elle a expliqué que sa mère en prend depuis des années et qu'elle ne voulait pas s'identifier à son atteinte.

S'agissant plus particulièrement du rendez-vous du 4 avril 2011, la recourante a allégué que sa fille, qui avait déjà vomi la nuit précédente, s'était sentie mal la suivante, raison pour laquelle elle ne l'a pas envoyée à l'école le lendemain. Comme son état s'est par la suite amélioré, elle n'a pas jugé utile de la faire examiner à seule fin d'obtenir un certificat.

La recourante a contesté avoir cherché des échappatoires.

Pour le reste, elle a nié avoir recouvré une capacité de travail, invoquant à cet égard l'avis de son médecin traitant.

L'assureur a relevé que la proposition de son "Case Management" - qui a pour objectif d'apporter soutien et conseils aux assurés - a été catégoriquement repoussée par l'assurée. Cette dernière a rétorqué qu'elle avait cru que, du fait de son licenciement, elle avait cessé de dépendre de l'assurance, raison pour laquelle elle avait considéré qu'elle n'avait pas à se rendre aux rendez-vous postérieurs au 29 avril 2011.

Enfin, la recourante a indiqué s'être annoncée au chômage en France le 1<sup>er</sup> mai 2011 et être indemnisée depuis le 7 mai, fait dont l'intimé a estimé qu'il corroborait ses conclusions quant à la capacité de travail de l'intéressée.

### **EN DROIT**

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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours, interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, est recevable.
3. 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 4 avril 2011.
4. Il convient de relever en premier lieu que l'assurance-indemnité journalière dont il est question correspond à une assurance collective indemnité journalière selon la LAMal, ainsi que cela ressort des conditions générales de l'assurance.
5. L'assureur a invoqué l'art. 43 LPGa, qui lui fait obligation d'examiner les demandes, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin et soutient que les conséquences de l'absence de preuves doivent être supportées par l'assuré lorsque celui-ci en est à l'origine.
6. Il est vrai que l'art. 28 des conditions générales de l'assurance collective dont il est question prévoit expressément que l'assuré doit collaborer avec les visiteurs des malades et les médecins mandatés par l'assureur. Si l'assuré ne se présente pas le jour d'une convocation médicale sans motif valable, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser les prestations, voire de demander le remboursement de celles déjà avancées et de facturer à l'assuré les honoraires relatifs à la consultation manquée. Si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier, clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit cependant avoir avisé par écrit l'assuré préalablement des conséquences juridiques d'un manquement.
7. En l'occurrence, l'intimé soutient que l'assurée a violé son devoir de collaborer. Il relève qu'à chaque étape, l'intéressée a compliqué l'instruction du dossier. Force est de constater que :
  - la veille de la première expertise du 6 janvier 2011, l'assurée a tenté de s'y soustraire en déclarant être dans l'impossibilité de se déplacer faute de véhicule;

- bien que l'expertise du 6 janvier 2011 ait conclu à la possibilité d'une reprise du travail immédiate à 100 %, l'assurée a non seulement omis de reprendre son poste mais d'en informer l'assureur;
- les multiples tentatives du service de l'assureur en charge de l'aide et du soutien aux assurés pour prendre contact avec l'intéressée sont demeurées vaines à une exception près, la recourante ne s'étant jamais donné la peine de rappeler malgré de nombreux messages laissés sur son répondeur;
- la recourante s'est dans un premier temps refusée catégoriquement à prendre le traitement antidépresseur recommandé pour des raisons personnelles, retardant ainsi son rétablissement;
- la recourante, bien que déjà rendue attentive aux conséquences d'un manque de collaboration de sa part, a annulé le matin même la seconde expertise prévue pour le 4 avril 2011 pour des motifs qui ne sauraient être considérés comme justifiés dans la mesure où, comme le fait remarquer l'intimée, l'assurée disposait de suffisamment de temps pour organiser la garde de son enfant ; au lieu de quoi, elle a préféré tout annuler le matin même.

8. Ainsi que le fait remarquer l'intimée, l'attitude de l'assurée a eu pour conséquences directes un retard dans sa prise en charge. A titre d'exemple, sa réorientation - tant médicale que sociale - a été ralentie. Qui plus est, il a été impossible de déterminer avec certitude « rétroactivement » quelle était sa capacité de travail le 4 avril 2011.

Or, on ne saurait admettre qu'il suffise à un assuré prétendant à une incapacité de travail de faire obstacle à l'instruction ou de la retarder pour pouvoir bénéficier de prestations plus longtemps.

En l'occurrence, l'assurée a été à plusieurs reprises rendue attentive aux conséquences d'un manque de collaboration de sa part.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a mis fin à ses prestations avec effet au 4 avril 2011.

Par surabondance de moyens, on relève que, quoi qu'il en soit, le premier expert avait d'ores et déjà conclu à une capacité de travail entièrement recouvrée en janvier 2011, qu'il ressort clairement des différents rapports que la limitation de la capacité de travail préalable est à mettre en lien avec les tensions ressenties sur le lieu de travail et relevait donc de raisons d'ordre privé et non médical, que les conclusions du premier expert ont été corroborées le 29 avril 2011 et qu'en date du 4 avril 2011, il est très vraisemblable que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail et se serait vu nier le droit aux prestations.

Eu égard aux considérations qui précèdent, force est de constater que c'est à juste titre que l'assureur a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 4 avril 2011 eu égard à la violation de l'assurée de son obligation de collaborer et des conséquences sur l'instruction de son dossier.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le