

# **GE\_GERICHTE ATAS/1012/2011 vom 1. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1012\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2011 du 1 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2011 del 1 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). Il y a lieu en particulier de noter que la Cour de céans, dans un arrêt du 31 mai 2011 (ATAS/557/2011), a considéré que les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à une procédure de conciliation préalable. Selon l'art. 90 des conditions générales d'assurance de l'assurance (CGA), le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein. Le demandeur est domicilié dans le canton de Genève, si bien que la compétence de la Cour de céans est ainsi établie.

### **E. 2**

La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort de l'art. 1 let. b des CGA.

### **E. 3**

La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais

A/1794/2011 - 10/16 - relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. Par conséquent, la demande est également recevable à la forme.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières dès le 17 juin 2010.

### **E. 5**

La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte que le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 4A\_92/2010 du 17 mai 2010, consid. 4). Selon l'art. 3 CGA, est considérée comme une maladie toute atteinte à la santé physique ou psychique non consécutive à un accident exigeant un examen ou un traitement médical ou entraînant une incapacité de travailler. L'art. 12 CGA prévoit qu'en cas d'incapacité de travail complète de l'assuré médicalement attestée, l'assurance verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Aux termes de l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée

proportionnellement au degré de cette incapacité de travail. L'incapacité de travail est définie à l'art. 16 CGA. Aux termes de cette disposition, on entend par incapacité de travail l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail qu'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou dans son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé pour l'assuré, cela dans les limites de ce que l'on peut attendre de lui. Parmi les obligations incombant à l'assuré en cas de maladie, l'art. 54 CGA prévoit que dès le début de la maladie, l'assuré consulte un médecin admis dans les meilleurs délais et veille à recevoir un traitement adéquat. L'assuré se doit de suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant. L'assurance peut demander qu'un examen médical ou une expertise soient pratiqués par un médecin qu'elle aura désigné. Conformément à l'art. 56, si l'assuré se soustrait ou refuse un traitement dont on peut raisonnablement attendre de lui qu'il s'y soumette ou à des mesures de réinsertion dans la vie professionnelle prometteuses d'une amélioration substantielle de sa capacité de gain ou d'une nouvelle possibilité de gain, ou s'il n'y participe pas de son propre chef autant que l'on peut raisonnablement attendre de lui, les prestations qui lui sont allouées pourront être passagèrement ou durablement réduites ou supprimées.

## **E. 6**

a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

A/1794/2011 - 11/16 - 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 convient 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 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). b) 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, 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) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée

par l'administration ou un 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 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 (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). d) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces

A/1794/2011 - 12/16 - dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d).

## **E. 7**

Dans le cas d'espèce, l'expertise réalisée par le Dr B \_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle contient en effet une anamnèse, relate les plaintes de l'assuré, et se fonde sur un examen clinique. Ses conclusions sont de plus soigneusement motivées. Ce médecin a en effet pris soin de distinguer les facteurs psychosociaux influençant la capacité de travail de l'assuré et l'atteinte psychique en tant que telle, et a exposé clairement les raisons qui l'avaient conduit à poser le diagnostic retenu. S'agissant du rapport du Dr C \_\_\_\_\_, s'il fait certes état d'un état dépressif récurrent, ce diagnostic paraît douteux en l'espèce. En effet, les troubles psychiques de type dépressif que l'assuré aurait présentés durant sa jeunesse ne sont nullement documentés, et on s'étonne que ce dernier ne les ait pas évoqués lors de son entretien avec l'expert, qui a pourtant procédé à son anamnèse personnelle et médicale de manière complète. Pour le surplus, ce rapport évoque les grandes difficultés socioprofessionnelles de l'assuré et les préoccupations qu'elles entraînent, mais n'analyse pas leur éventuelle incidence sur la capacité de travail de l'assuré. A cet égard, on soulignera que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 de la loi sur l'assurance- invalidité (LAI ; RS 831.20). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF I 428/03 du 18 novembre 2003, consid. 2.). Si cet arrêt se réfère certes à l'invalidité, il est également applicable mutatis mutandis dans le cas d'espèce, dans la mesure où l'incapacité de travail selon les CGA doit être

causée par une atteinte à la santé physique ou psychique, ce qui exclut la prise en compte de facteurs étrangers à la maladie. Partant, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ ne permet pas de renverser les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_.

A/1794/2011 - 13/16 - Quant au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2010, il fait état des mêmes symptômes que ceux dont a tenu compte le Dr B\_\_\_\_\_, si bien que son appréciation différente – et au demeurant non motivée – de l'état de santé de l'assuré n'est pas suffisante pour revenir sur la valeur probante que revêt le rapport de l'expert. Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué le 27 septembre 2010 que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré. Cependant, les symptômes qu'il évoque (perturbation de la thymie, troubles de la mémoire et de la concentration, des émotions) ne sont pas nouveaux et ont été pris en considération par l'expert. Si l'isolement social n'a pas été expressément relevé par le Dr B\_\_\_\_\_, il ressort néanmoins de la description que l'assuré a faite de ses journées. En effet, celui-ci vit seul, il n'a pour l'instant pas de contacts professionnels et ses loisirs semblent consacrés à des balades solitaires. Quant aux troubles de la perception et de la déréalisation, ils n'ont pas été confirmés par le Dr F\_\_\_\_\_. Il sied de relever que le Dr E\_\_\_\_\_ semble également tenir compte de facteurs étrangers à l'atteinte psychique dans son appréciation de la situation puisqu'il évoque les difficultés administratives rencontrées par l'assuré. On observera que ses indications semblent à cet égard contradictoires, puisqu'il mentionne des difficultés de l'assuré à suivre son traitement tout en soulignant que celui-ci honore ses consultations et manifeste une bonne compliance au traitement médicamenteux. S'agissant des critiques du Dr E\_\_\_\_\_ ayant trait au diagnostic de trouble de la personnalité, elles sont sans pertinence. En effet, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué de manière convaincante pour quels motifs il avait écarté une telle atteinte. De plus, aucun des autres psychiatres consultés n'a retenu un tel trouble, et le Dr E\_\_\_\_\_ ne le mentionne pas non plus expressément. On ne peut donc conclure de l'absence d'un tel diagnostic que l'expertise n'est pas probante. Quant au score obtenu à l'échelle de Hamilton, il n'est pas à lui seul suffisant pour remettre en cause l'expertise. Enfin, le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ ne remplit à l'évidence pas les critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Il sied de souligner qu'il ne procède pas à une anamnèse mais se réfère à celle contenue dans le rapport du Dr B\_\_\_\_\_. Par ailleurs, ce document ne permet pas de distinguer entre les symptômes objectivés par le médecin et ceux allégués par l'assuré puisqu'il relate pour l'essentiel des événements décrits par l'assuré qui semble en tirer des conclusions diagnostiques. De plus, le Dr F\_\_\_\_\_ paraît admettre une aggravation de l'état de l'assuré tout en confirmant le diagnostic du Dr B\_\_\_\_\_, ce qui paraît pour le moins contradictoire. Il y a lieu de relever que le Dr F\_\_\_\_\_ ne se prononce d'ailleurs pas sur la capacité de travail de l'assuré, si bien que son rapport n'est d'aucun secours à celui-ci. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions du Dr B\_\_\_\_\_. Par appréciation anticipée des preuves, il s'avère inutile de diligenter une deuxième expertise.

A/1794/2011 - 14/16 -

## **E. 8**

S'agissant des griefs de l'assuré, ils ont notamment trait à la gestion du dossier par l'assurance. Il reproche notamment à l'assurance d'avoir soumis les nouveaux certificats médicaux à l'expert mandaté plutôt qu'à un médecin-conseil neutre. Cet argument est toutefois sans portée, puisque les certificats établis par les Drs C\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont aussi été examinés par le Dr D\_\_\_\_\_, consultant de l'assurance. De

plus, contrairement à ce qu'allègue l'assuré, il est parfaitement compréhensible que l'assurance soumette également les nouveaux rapports médicaux à un médecin qui connaît l'assuré, dans la mesure où ce dernier doit se prononcer sur une éventuelle aggravation survenue depuis son propre examen. L'assuré considère le rapport du Dr B \_\_\_\_\_ contradictoire, puisqu'il fait état de la durée théorique de guérison chez un sujet sain d'un trouble tel que celui diagnostiqué chez lui, en soulignant que les indemnités journalières lui ont été versées pour une période bien inférieure alors même qu'il avait déjà souffert par le passé de troubles psychiques. Ce faisant, l'assuré perd de vue que la durée de guérison d'une atteinte, quelle qu'elle soit, n'implique pas pour autant le versement de prestations pendant cette période puisqu'elle n'entraîne pas automatiquement une incapacité de travail. Enfin, s'agissant des brefs délais dans lesquels le Dr B \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les rapports qui lui ont été soumis, on voit mal quelles conclusions l'assuré entend en tirer. S'il suggère que le Dr B \_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de les étudier de manière approfondie, ce grief tombe à faux. Les rapports en question sont en effet très brefs, de sorte que l'expert était parfaitement en mesure d'en prendre connaissance et d'en apprécier la portée en quelques heures. L'observation du Dr B \_\_\_\_\_ sur l'éventuel défaut de compliance de l'assuré n'est pas non plus critiquable, puisqu'il s'agit-là d'une interprétation parfaitement cohérente de l'indication du Dr E \_\_\_\_\_ sur les difficultés de l'assuré à prendre son traitement. Quant au fait que le Dr B \_\_\_\_\_ serait de parti pris, comme le prétend l'assuré, cette allégation n'est pas étayée par le moindre indice. L'assuré critique également l'attitude de l'assurance, qui s'est déclarée prête à reconsidérer sa position en cas de nouvelle expertise divergente de celle du Dr B \_\_\_\_\_ et ne s'est pas exécutée à réception du rapport du Dr F \_\_\_\_\_. Ce grief est cependant erroné. En effet, comme on l'a vu, le rapport du Dr F \_\_\_\_\_ ne saurait être assimilé à une expertise. De plus, dans la mesure où il confirme le diagnostic du Dr B \_\_\_\_\_ et ne remet pas en cause ses conclusions sur la capacité de travail de l'assuré, l'assurance n'avait aucune raison de revenir sur la suspension du versement des indemnités journalières.

## **E. 9**

Eu égard à ce qui précède, la demande est rejetée. L'assurance a conclu à des dépens. Sous l'empire de la loi sur la procédure administrative (LPA; RSG E 5 10), les assurances n'avaient pas droit à des dépens en matière de LCA (ATF 4A\_382/2008 du 12 novembre 2008). Bien que la question du droit à des dépens depuis l'entrée en vigueur du Code de procédure

A/1794/2011 - 15/16 - civile [CPC ; RS 272] puisse se poser, elle peut rester ouverte en l'espèce dès lors que l'assurance n'est pas représentée par un mandataire. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). Afin de satisfaire aux exigences de l'art. 112 al. 1 let. d de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110), il convient de préciser que la valeur litigieuse est de 123'311 fr. 45. Ce montant correspond aux indemnités journalières de 197 fr. 25 auxquelles peut encore prétendre le recourant jusqu'à l'échéance du droit contractuel à celles-ci et est calculé comme suit: la police prévoit le versement de 730 indemnités après 14 jours d'attente. Pour la maladie dès le 24 mars, le recourant a dû obtenir des indemnités du 6 avril au 30 juin 2010, soit pendant 86 jours. La valeur litigieuse correspond ainsi à 644 indemnités à 197 fr. 25, et au complément pour le mois de juin de 13 demi-indemnités à 98 fr. 65.

A/1794/2011 - 16/16 - 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.