

GE_GERICHTE ATAS/1013/2019 vom 5. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1013_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1013/2019 du 5 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1013/2019 del 5 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du

A/4367/2018 - 11/19 - 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), 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). Selon l'art. 1 let. c des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour l'assurance collective perte de gain en cas de maladie de la défenderesse, édition 2008, sauf dispositions contraires, les dispositions de la LCA sont applicables. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 20 CGA prévoit qu'en cas de litige dans le cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie souscrite par un employeur pour ses employés, leur lieu de travail en Suisse est également reconnu comme for juridique. L'employeur étant situé dans le canton de Genève, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est également donnée à raison du lieu.

E. 3

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 4

Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières de la part de la défenderesse, plus particulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail au-delà du 31 août 2018 en raison de troubles psychiques et cardiologiques.

E. 5

À titre préalable, il convient de noter que la défenderesse ne s'est pas opposée au principe de l'amplification des conclusions du demandeur, dont les prétentions nouvelles sont par ailleurs en lien de connexité avec ses conclusions initiales. Ainsi, les conditions d'une modification de la demande conformément à l'art. 227 al. 1 CPC (applicable par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée : cf. Denis TAPPY, Code de procédure civile commenté, 2019, n° 20 ad

A/4367/2018 - 12/19 - art. 246 CPC) sont réalisées et les conclusions du demandeur telles qu'augmentées au cours de procédure sont recevables.

E. 6

a. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au Code des obligations du 30 mars 1911 (CO – RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; ATF 122 III 118 consid. 2a ; ATF 117 II 609 consid. 6c). La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). b. Le contrat d'assurance maladie collective prévoit une allocation journalière s'élevant à 80 % du salaire, versée pendant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours. Selon l'art. 2 CGA, l'assurance couvre, dans le cadre des dispositions contractuelles, les conséquences économiques résultant d'une incapacité de travail due à une maladie. D'après l'art. 3 CGA est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (ch. 1). 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 être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (ch. 4).

E. 7

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

E. 8

a. La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige

lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs

A/4367/2018 - 13/19 - d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du

E. 10

Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut, combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme

A/4367/2018 - 15/19 - prouvée en tant qu'allégation contestée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

E. 11

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge 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 juge 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). 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 que sur une autre. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. également ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

E. 12

Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne

justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.3). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant

A/4367/2018 - 16/19 - l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

E. 13

En l'occurrence, le demandeur requiert le versement d'indemnités journalières pour la période du 1er septembre 2018 au 31 mars 2019, au motif qu'il était en incapacité de travail à 100 % pour des raisons psychiques et cardiologiques. Il se fonde, en cela, sur les certificats médicaux de son médecin généraliste, le Dr C_____, et les rapports médicaux de sa psychiatre traitante, la Dresse D_____. La défenderesse conteste cette allégation. Se référant aux appréciations médicales du Dr E_____, elle estime qu'aucune raison médicale ne justifie la continuation de l'incapacité de travail au-delà du 31 août 2018. Dans le cas présent, et conformément à la jurisprudence précitée, la preuve de l'incapacité de travail incombe au demandeur. D'après l'intéressé, il a souffert d'une pathologie psychiatrique et d'une pathologie cardiaque (cf. réplique du

E. 15

juillet 2019 p. 4) ayant entraîné une incapacité totale de travailler pour la période du 1er septembre 2018 au 31 mars 2019. a. S'agissant d'abord du volet psychique, le demandeur fonde ses prétentions sur les rapports médicaux de sa psychiatre traitante attestant d'un épisode dépressif sévère. Or, comme le relève la défenderesse, les diagnostics posés par la Dresse D_____ contiennent des incohérences. En effet, dans son rapport médical du 3 décembre 2018, elle a notamment diagnostiqué un épisode dépressif sévère. Or, entendue devant la chambre de céans, elle a expliqué que l'état dépressif sévère de l'intéressé avait évolué vers une dépression moyenne vers la fin de l'année 2018. Elle a par ailleurs indiqué en audience que la dépression de son patient s'était aggravée depuis janvier 2019 et qu'il n'était actuellement pas capable de travailler, alors que lors de sa dernière consultation le 7 juin 2019, son patient était déjà, de son propre aveu, en pleine capacité de travail depuis deux mois. La conclusion de la Dresse D_____ quant à l'aggravation de l'état de santé de son patient depuis janvier 2019 est en outre mise en doute par l'avis du Dr C_____ qui relève une amélioration de son état de santé psychique depuis mars 2019. Le diagnostic

d'épisode dépressif sévère posé par la Dresse D_____ est par ailleurs infirmé par le Dr E_____, selon lequel il n'y avait pas lieu de retenir ce diagnostic, tant selon la CIM-10 que selon la journée type du demandeur, dont les activités quotidiennes n'étaient pas compatibles avec une anhédonie, soit une perte de plaisirs, une aboulie et une fatigue significative. L'expert a relevé qu'en plus de la conduite automobile, le demandeur avait des journées types comme suit : réveil entre 07h00 et 08h00, petit déjeuner, ménage, courses, recherche d'emploi, gestion des démarches judiciaires contre son employeur, ski, lecture des actualités et des marchés financiers, visionnage de films, discussions téléphoniques avec la famille, repas occasionnels avec des amis, etc. Cette description n'est pas sérieusement

A/4367/2018 - 17/19 - remise en cause par la psychiatre traitante qui, en dépit des suggestions de l'expert, n'a jamais détaillé la journée type de son patient depuis l'entretien d'expertise. Questionnée à ce sujet par le conseil du demandeur, elle a certes indiqué en audience que son patient avait un manque d'élan global, ne pratiquait pas de loisirs et avait une perte d'énergie. Or, outre leur caractère lacunaire, ces explications ont été mises en doute par le Dr C_____, selon lequel son patient avait suivi ses conseils consistant à pratiquer des loisirs et à entretenir ses relations amicales. Le Dr E_____ a relevé en outre qu'aucun traitement antidépresseur à des taux sanguins cliniques n'avait été effectué, étant précisé que les Drs D_____ et E_____ s'accordent pour dire que les doses prescrites étaient infra-thérapeutiques. L'expert avait cependant déjà précisé dans son rapport du 1er mai 2018 que l'introduction d'un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin devait valider la suite des arrêts maladie. En l'absence d'un tel traitement antidépresseur et compte tenu de la journée type du demandeur décrite par le Dr E_____, on peut comprendre les raisons qui ont amené l'expert à considérer que le demandeur était en mesure de travailler depuis le 1er septembre 2018. En cela, l'appréciation du Dr E_____ fait naître des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Aussi les allégations principales du demandeur s'agissant d'un trouble psychique ayant entraîné une incapacité de travail entre septembre 2018 et mars 2019 n'apparaissent-elles plus comme les plus vraisemblables. Enfin, les allégations du demandeur résultant des rapports médicaux de la Dresse D_____ ne sont appuyées par aucun indice objectif (cf. arrêts du Tribunal fédéral 4A_42/2017 du 29 janvier 2018 consid. 3.3.3 ; 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.2). Contrairement à ce que soutient le demandeur, les certificats médicaux du Dr C_____ ne permettent pas de conforter les conclusions de la psychiatre traitante. Les arrêts de travail attestés par le médecin traitant, qui n'est pas psychiatre mais généraliste, constituent de simples allégations de parties contestées par la défenderesse. Ils ne se fondent sur aucun rapport médical. On peut d'ailleurs s'étonner que, sans examen clinique et sur la base d'une simple conversation téléphonique avec son patient le 29 mars 2019, le médecin traitant ait pu constater une amélioration de son état de santé et mettre ainsi un terme aux arrêts de travail après un an et demi d'incapacité entière. b. Quant au volet cardiologique, le demandeur se fonde sur l'appréciation du Dr G_____, dont il a produit le rapport médical. Or, contrairement à ce que soutient le demandeur, ce dernier n'a pas retenu d'incapacité de travail pour ce motif. Il a précisé, au contraire, qu'il n'y avait pas de raison d'interrompre un travail sédentaire tel que directeur commercial, précisant qu'une activité de huit heures par jour était raisonnablement exigible (cf. rapport du Dr G_____ du 11 mai 2019). L'affirmation du médecin généraliste selon laquelle la problématique cardiaque avait entraîné à elle seule une incapacité de travail (cf. procès-verbal du 11 juin 2019) ne suffit à l'évidence pas à remettre en cause l'appréciation du

A/4367/2018 - 18/19 - spécialiste. Elle ne se fonde du reste sur aucun élément concret, étant précisé que, comme le relève le Dr C_____, le dernier contrôle cardiologique avait abouti à un résultat négatif. Au vu de ce qui précède, le demandeur, à qui incombait la preuve de l'incapacité de travail, n'a pas démontré qu'il était incapable de travailler à partir du 1er septembre 2018. En conséquence, c'est à bon droit que la défenderesse a refusé de lui verser des indemnités journalières à compter de cette date. 14. La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). * * *

A/4367/2018 - 19/19 - 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.