

# **GE\_GERICHTE ATAS/1117/2013 vom 19. November 2013**

GE Cour de justice, 2013-11-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1117\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1117_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1117/2013 du 19 novembre 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1117/2013 del 19 novembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c 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 relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, 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). La compétence *ratione materiae* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Depuis le 1er janvier 2011, cette dernière loi est toutefois abrogée et il convient d'appliquer le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 31 prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. Par ailleurs, l'art. 26 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour l'assurance perte de gain en cas de maladie (édition 2010) prévoit quant à lui que pour toute prétention découlant du contrat d'assurance, la Compagnie peut-être actionnée au domicile suisse du preneur d'assurance, à celui de la personne assurée ou de l'ayant droit ainsi qu'au siège de la Compagnie. En l'espèce, l'assurée est domiciliée à Genève. La Cour de céans est par conséquent également compétente *ratione loci*. La demande en paiement du 8 février 2013 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable. La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2012.

- 9/15-

A/522/2013

### **E. 3**

a) La maxime inquisitoire prévue par l'art. 247 al. 2 CPC implique la possibilité pour le juge de se fonder sur tous les faits pertinents et établis, même si les parties ne les ont pas invoqués (ATF 107 II 233 consid. 2b, JdT 1981 I 285, BOHNET, HALDY, JEANDIN, SCHWEIZER, TAPPY, Code de procédure civile commenté ad art. 247 CPC, N. 23). L'obligation pour le juge d'établir d'office les faits ne dispense pas les parties d'une collaboration active à la procédure. Il leur incombe de renseigner le juge sur les faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuve disponibles (ATF 107 II 233 consid. 2c). Le

juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison 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). Par ailleurs, il appartient au juge d'ordonner les mesures probatoires prévues par le droit de procédure, de sorte qu'il ne peut pas renvoyer le dossier à l'assureur privé pour instruction complémentaire (ATF non publiés 4A\_39/2010 du 29 avril 2010, consid. 2.2 et 4A\_563/2008 du 10 février 2009, consid. 2).

b) 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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

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 (ATF non publié 4A\_5/2011 du 24 mars 2011, consid. 4.2). 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 qu'en soit la 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. 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

- 10/15-

A/522/2013 médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, 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, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) 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 l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne

l'occasion de se déterminer avant 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 (ATAS/167/2008). En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, la Cour de céans s'est écartée à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du 14 février 2006).

#### **E. 4**

En l'espèce, l'assureur considère, sur la base de l'examen du 6 décembre 2011 de la Dresse A \_\_\_\_\_, qu'il fallait envisager une reprise d'activité à 100% pour le 30 avril 2012.

#### **E. 5**

En présence d'un contrat soumis à la LCA, il convient en premier lieu de déterminer si, sur la base des conditions convenues, on est en présence d'une incapacité de gain (cf. STOESSEL, Commentaire bâlois, n. 6 ss ad art. 3 LCA; RVJ 1996 p. 257 consid. 8a).

- 11/15-

A/522/2013 a) Aux termes de l'art. 2.1 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. Pour la maladie, l'art. 2.1 CGA renvoie expressément à la notion figurant à l'art. 3 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1; LPGA). Selon l'art. 2.4 CGA, 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. 2.4 CGA se réfère expressément à l'art. 6 LPGA pour la notion d'incapacité de travail. Selon l'art. 5.1 CGA, l'indemnité journalière est payée pour chaque jour d'incapacité de travail de 25% au moins, dûment constatée par un médecin. Elle se calcule selon le degré d'incapacité de travail. Le droit aux prestations subsiste aussi longtemps que la personne assurée se trouve sous traitement médical régulier et sous contrôle médical. Si l'assuré refuse d'exercer une activité lucrative pouvant être exigée de lui, la Compagnie peut refuser le versement des prestations.

b) À titre liminaire, la Cour de céans relève que ni le nom de l'expert ni le libellé des questions n'ont été préalablement soumis à l'assurée qui a simplement été invitée, par courrier de l'assureur du 25 novembre 2011, à se rendre chez la Dresse A \_\_\_\_\_ le 5 décembre 2011. Il convient ainsi de relever que l'assurée n'a été interpellée ni sur le libellé des questions ni sur le choix de l'expert et la simple possibilité accordée à l'assurée d'indiquer si la date et l'heure du rendez-vous fixé lui convenaient ne saurait être considérée comme une occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. Ainsi, nonobstant leurs appellations respectives, les "expertise" du 6 décembre 2011" et "complément d'expertise" du 6 mars 2012 ne répondent pas aux réquisits d'une expertise au

sens technique. Reste à déterminer si le rapport du 6 décembre 2011, son complément du 6 mars 2012 et le rapport du 11 septembre 2012 ont force probante. Dans sa réponse du 6 mars 2013, l'assureur soutient en substance que l'incapacité de travail de l'assurée ne résulterait éventuellement pas d'une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie, mais de facteurs psychosociaux ou socioculturels ne justifiant pas l'octroi de prestations d'assurance. Cela étant, la Cour de céans constate l'assureur, en se fondant sur le rapport du 6 décembre 2011 et son complément du 6 mars 2012 pour refuser toute prestation au-delà du 30 avril 2012, ne tient pas compte de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée constatée par d'autres médecins entre fin avril et fin juin 2012. Bien que la Dresse A\_\_\_\_\_ ait été invitée à se prononcer sur les développements intervenus dans  
- 12/15-

A/522/2013 cet intervalle, son rapport du 11 septembre 2012 se révèle partiellement en contradiction avec ses rapports précédents. Après avoir fait état d'une nette amélioration des symptômes dépressifs et anxieux dans son rapport complémentaire du 6 mars 2012 qui concluait à une reprise à 100% dès le 1er mai 2012, la Dresse A\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 11 septembre 2012 qu'elle constate avec la Dresse B\_\_\_\_\_ que le voyage de l'assurée en Serbie en avril 2012 n'a guère apporté d'amélioration des symptômes puisqu'à son retour, l'assurée a dû consulter une nouvelle fois le CTB. Ce faisant, la Dresse A\_\_\_\_\_ omet de préciser que sur la base du même constat, la Dresse B\_\_\_\_\_ a considéré dans ses rapports des 24 avril et 26 juin 2012 qu'une reprise du travail à 100% à partir du 1er mai 2012 était prématurée. Par ailleurs, le rapport du 11 septembre 2012 commente le rapport des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du 26 juin 2012 sans en contester les conclusions et le contenu, en particulier les diagnostics différents de ceux mentionnés dans le rapport complémentaire 6 mars 2012. Dans son rapport du 11 septembre 2012, la Dresse A\_\_\_\_\_ déclare en effet avoir annoncé au Dr E\_\_\_\_\_ que l'assurée présentait des tableaux cliniques différents, variant d'une amélioration à des rechutes, "toujours en relation avec l'évocation de la problématique au travail". Dans ces conditions, l'affirmation de la Dresse A\_\_\_\_\_ selon laquelle il n'y aurait pas d'inaptitude en soi à la reprise du travail convainc d'autant moins qu'elle est en contradiction avec l'incapacité de travail liée à un conflit au travail mentionnée dans son propre rapport daté du 6 décembre 2011. Ainsi, les rapports rédigés par la Dresse A\_\_\_\_\_ sont dépourvus de force probante. Par ailleurs, ils ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que seuls des facteurs psychosociaux ou socioculturels motiveraient l'incapacité de travail persistante de l'assurée attestée par les Drs B\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Enfin, en l'état actuel de la procédure et en appliquant le raisonnement de l'assureur sur l'effort raisonnablement exigible, les rapports de la Dresse A\_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus d'affirmer que l'assurée aurait dû fournir l'effort de volonté qui pouvait raisonnablement être exigé d'elle pour surmonter une éventuelle comorbidité psychiatrique indépendante des facteurs précités et mettre à profit sa capacité de travail à 100% dès le 1er mai 2012. Au regard de ces éléments, la Cour de céans est d'avis que l'assureur s'est fondé sur un état de fait lacunaire lorsqu'il a mis un terme à ses prestations.

c) S'agissant des rapports des Drs B\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, ils ne sauraient être pris en considération. En effet, on y cherche également en vain des informations sur l'existence de facteurs psychosociaux et/ou socioculturels ou la présence d'une comorbidité psychiatrique indépendante de ces facteurs, qui serait à l'origine de

l'incapacité de travail postérieure au 30 avril 2012. Par ailleurs, ces documents sont également lacunaires, notamment en ce qui concerne les dates de

- 13/15-

A/522/2013 l'incapacité de travail ou l'existence éventuelle d'une capacité de travail dans une activité autre que celle précédemment exercée. Quant aux rapports des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ils restent muets sur la capacité de travail de l'assurée, de sorte qu'ils ne permettent pas non plus à la Cour de céans se prononcer en l'état.

**E. 6**

Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle, en pour- cent.

**E. 7**

Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle, en pourcent, en prenant comme point de départ le 1er mai 2012 et en indiquant l'évolution de cette capacité intervenue depuis lors et pour l'avenir.

**E. 8**

Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, dans une activité lucrative adaptée, en pourcent, en prenant comme point de départ le 1er mai 2012 et en indiquant l'évolution de cette capacité intervenue depuis lors et pour l'avenir. Indiquer quelle(s) activité(s) seraient adaptée(s).

**E. 9**

Evaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Le cas échéant en déterminer la nature et leur durée.

**E. 10**

L'assurée dispose-t-elle des ressources psychiques nécessaires pour fournir un effort de volonté raisonnablement exigible afin de surmonter les circonstances socioprofessionnelles défavorables qu'elle rencontre, ainsi que ses troubles/douleurs et de mettre à profit une capacité de travail?

**E. 12**

En cas de réponse négative à la question précédente: quels sont les facteurs rendant l'assurée incapable de fournir cet effort de volonté?

**E. 13**

Votre appréciation de la capacité de travail prend-elle en considération des facteurs psychosociaux et/ou socioculturels? Si oui, lesquels et dans quelle mesure?

**E. 14**

En cas de réponse positive à la question précédente, apprécier la capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement une activité adaptée en faisant abstraction des facteurs psychosociaux et/ou socioculturels.

**E. 15**

Formuler un pronostic global.

- 15/15-

A/522/2013 5. Invite l'expert à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. 6. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La Présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.