

GE_GERICHTE ATAS/254/2016 vom 24. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_254_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/254/2016 du 24 mars 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/254/2016 del 24 marzo 2016

Erwägungen

E. 10

Dans son avis du 8 septembre 2015, le docteur D_____, médecin consultant de l'assureur, a considéré qu'il y avait lieu de maintenir la décision de refus des prestations.

E. 11

Par courrier du 9 octobre 2015, l'assureur a confirmé à l'assuré qu'il mettra fin aux prestations dès le 1er août 2015.

E. 12

Le 12 novembre 2015, l'assuré a saisi la chambre de céans, par l'intermédiaire de son conseil, d'une demande à l'encontre de Swica Organisation de santé, en concluant à la condamnation de celle-ci au paiement de CHF 6'735.70, plus intérêts à 5 % dès le 1er septembre 2015, et de CHF 502.20 à titre de dommages et intérêts, sous suite de dépens. Il a fait valoir avoir été encore en incapacité totale de travailler jusqu'à fin août 2015, puis de 50 % durant le mois de septembre 2015. Dès le 1er octobre 2015, sa capacité de travail était totale. Il a par ailleurs dénié une valeur probante au rapport du Dr C_____ qu'il a jugé incomplet, contradictoire et partial. Il y avait dès lors lieu de se fonder sur les appréciations médicales du Dr B_____, dont il a sollicité l'audition.

E. 13

Par décision du 2 décembre 2015, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a rejeté la demande de prestations de l'assuré déposée le 30 janvier 2015, en considérant que sa capacité de travail était entière depuis le 25 juin 2012 [recte 2015].

E. 14

Dans sa réponse du 8 janvier 2016, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de dépens. Elle a précisé que le demandeur avait été assuré auprès de SWICA assurance-maladie SA et non pas SWICA Organisation de santé, cette dernière n'étant que l'adresse de contact. Par conséquent, la demande était dirigée contre un organisme qui n'avait pas la légitimation passive. Pour le surplus, le refus de prestations était fondé sur l'expertise du Dr C_____, lequel n'avait pas constaté de troubles du sommeil, de tristesse, d'anhédonie, de fatigue, de troubles de l'attention, sinon légers, ni de ralentissements ou autres symptômes de la lignée dépressive. Le demandeur lui avait au demeurant indiqué qu'il faisait du vélo et suivait des cours de français. Quant au diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, l'expert avait précisé que cette réaction était en cours de rémission, ce qui pouvait expliquer qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail. Le rapport du Dr B_____ du 22 avril 2015, mettant en cause l'expertise, était manifestement polémiste, de sorte qu'aucune valeur probante ne pouvait être

A/3956/2015 - 5/11 - attribuée à son rapport. Enfin, l'OAI avait aussi considéré que le demandeur était capable de travailler depuis le 25 juin 2015.

E. 15

Le 8 février 2016, le Dr B_____ a fait savoir à la chambre de céans, à la demande de celle-ci, que le demandeur avait eu deux autres épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne : en 1990, suite à une déception sentimentale, et deux ans plus tard dans un contexte similaire, selon l'anamnèse. Ces épisodes avaient duré respectivement deux et trois mois et avaient eu peu d'impact sur la vie quotidienne du demandeur. La cause de la décompensation dépressive du 16 septembre 2014 était bio-psycho-sociale, dans le sens qu'une probable prédisposition neurobiologique avait favorisé l'éclosion d'un épisode dépressif suite à une crise familiale, aggravée par un conflit professionnel. Le dosage de Venlafaxine à 225mg par jour avait été conservé durant environ un mois. Le demandeur avait signalé des effets secondaires assez rapidement, mais comme ils étaient moins importants que les limitations fonctionnelles dues à la dépression, ce traitement avait été maintenu dans un premier temps. Les effets secondaires avaient été peu importants et consisté en nausées, fatigue et vertiges. La Venlafaxine avait probablement aussi favorisé une augmentation de la tension artérielle, ainsi que des difficultés de sommeil qui s'étaient aggravées progressivement, raison pour laquelle le médicament avait été changé. Ce changement avait effectivement amélioré les troubles du sommeil et la tension artérielle. Quant à la question au sujet de la contradiction dans son rapport du 26 janvier 2015, dans lequel il avait indiqué que le traitement de la Venlafaxine à 225mg/jour se poursuivait, et l'indication de l'expert, selon laquelle le Dr B_____ aurait indiqué que le traitement avait été arrêté fin-décembre 2014, le psychiatre traitant a répondu ce qui suit : « Le traitement de Venlafaxine a été arrêté pour vérifier si les effets secondaires étaient en lien réellement avec le médicament et ensuite réintroduit à une dose plus faible, soit 75mg/jour pour ensuite être définitivement remplacé après avoir objectivé qu'il provoquait effectivement des troubles du sommeil plus importants et augmentait la tension artérielle. Nous regrettons que notre Confrère n'a (sic) pas pris note de cette précision, ou qu'il nous a (sic) pas demandé un rapport écrit, mais ce point ne nous semble pas essentiel quant à l'évaluation des limitations fonctionnelles objectivables au moment de l'expertise, mais aussi persistantes encore jusqu'au 1er octobre 2015, moment de la guérison de l'épisode dépressif ».

E. 16

Par écriture du 1er mars 2016, la défenderesse a relevé que l'expert n'avait pas constaté de limitations fonctionnelles lors de son examen, et que le demandeur lui avait indiqué qu'il faisait du vélo et suivait des cours de français. L'assurance- invalidité avait en outre considéré que le demandeur était capable de travailler depuis le 25 juin 2015. Enfin, le demandeur avait lui-même proposé à la défenderesse de se contenter d'une prolongation du versement des indemnités journalières jusqu'à fin août « le temps de lui permettre de s'organiser auprès du chômage ». La défenderesse a ainsi persisté dans ses conclusions.

A/3956/2015 - 6/11 -

E. 17

Par écriture du 4 mars 2016, le demandeur a persisté dans ses conclusions, considérant que les réponses du Dr B_____ étaient parfaitement claires. Subsidiairement, il a sollicité la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

E. 18

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. 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 26 septembre 2010 (LOJ - 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 de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. Pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège, sauf disposition contraire du CPC (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. 90 des conditions générales d'assurance (CGA) régissant l'assurance collective indemnité journalières selon la LCA prévoit que le preneur d'assurance ou l'assuré peuvent élire au choix le for ordinaire ou celui de leur domicile. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est ainsi également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. 2. 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), comme cela est le cas dans le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ). 3. La demande respecte également les conditions de forme, de sorte qu'elle est recevable (art. 130 ss CPC). 4. a. 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). b. Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Selon cette disposition, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le

A/3956/2015 - 7/11 - contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). 5. La défenderesse conclut au rejet de la demande au motif que celle-ci est dirigée contre SWICA Organisation de santé et non pas SWICA assurance-maladie SA. Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, une rectification des parties doit être admise, lorsqu'il appert qu'une partie s'est trompée dans la désignation de sa partie adverse et qu'un risque de confusion peut être exclu (cf. ATF 131 I 57 consid. 2.2 p. 63; 120 III 11 consid. 1b p. 13 s.; 114 II 335 consid. 3a p. 337). Tel est manifestement le cas en l'occurrence. En effet, l'intention du demandeur était d'introduire une action en justice contre l'assureur perte de gain de l'employeur, soit SWICA assurance-maladie SA, et non pas contre l'association SWICA Organisation de santé. Cette erreur est au demeurant compréhensible, dès lors que la dénomination et l'adresse de cette association sont indiquées sur l'entête des courriers de l'assureur. Par conséquent, il y a lieu

d'ordonner la rectification de la partie défenderesse et de substituer SWICA assurance-maladie SA à SWICA Organisation de santé. 6. L'objet du litige est dès lors la question de savoir si le demandeur présentait une incapacité de travail au-delà du 31 juillet 2015. 7. En vertu de l'art. 12 CGA, l'assuré a droit à l'indemnité journalière convenue dans le contrat en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée. Selon l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail d'au moins 25%, une indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail. Conformément à l'art. 21 CGA, l'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat et le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. Selon le contrat d'assurance-maladie collective indemnités journalières conclu entre la défenderesse et la caisse de compensation GastroSocial, l'indemnité journalière correspond à 80 % du salaire et est due dès le quatrième jour d'incapacité de travail. Elle est versée pendant 720 jours sur une période de 900 jours consécutifs. 8. a. En principe, 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).

A/3956/2015 - 8/11 - b. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 9. a. En l'occurrence, l'expertise du Dr C_____ conclut à une capacité de travail totale du demandeur dès le 24 juin 2015. L'expert retient un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée. Il est par ailleurs surpris par le diagnostic d'épisode dépressif sévère émis précédemment par le Dr B_____, dès lors qu'un tel diagnostic laisse des souvenirs douloureux et que son évocation entraîne un malaise, une souffrance psychique ou une émotivité, ce que l'expert n'a pas pu observer. Or, la seule plainte du demandeur était des menaces suicidaires. L'expert s'étonne aussi que le demandeur ne reçoive qu'un traitement de Valdoxan, sans aucun autre traitement, notamment hypno- inducteur pour le sommeil ou un autre antidépresseur plus incisif. Il ressort de l'expertise que le demandeur est resté très vague sur ses plaintes et sur les motifs de son incapacité de travail. Il a évoqué à cet égard essentiellement la perte du travail, ainsi que la pose d'un stent en 2013. Ni à l'évocation spontanée ni après sollicitation par l'expert, des symptômes tels que tristesse, anhédonie, fatigue, trouble de l'attention, sinon léger, et ralentissement ne sont mis en évidence. Le demandeur a par ailleurs indiqué à l'expert qu'il faisait du vélo et allait à l'école pour apprendre à écrire le français. Le demandeur n'a aucun souvenir d'avoir reçu un traitement de Venlafaxine à 225mg/jour, alors qu'il s'agit d'un dosage important. Selon le rapport du Dr B_____ du 26 janvier 2015, le traitement avec ce médicament à ce dosage se poursuivait encore à cette date, ce qu'il a cependant démenti dans sa réponse à la chambre de céans en date du 8 février 2016, indiquant que ce traitement n'avait été maintenu que pendant un mois. b. Même si le rapport du Dr C_____ est relativement succinct, il remplit néanmoins a priori les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'il a été rendu en connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes et est fondé sur un examen clinique approfondi. Il est vrai que l'expert semble avoir un parti pris, dans la mesure où il indique, dans l'anamnèse personnelle et actuelle, que le demandeur « s'est mis en ITT [incapacité de travail totale]

dès le 16 septembre 2014 », après la fermeture du café-restaurant de l'Union. Cependant, ce seul fait ne permet pas d'écarter les autres observations de l'expert. De surcroît, son expertise constitue la seule évaluation indépendante de l'état psychique du recourant, étant précisé qu'il paraît impossible de déterminer l'état psychique du demandeur rétroactivement par une nouvelle expertise. Le Dr B_____ conteste les conclusions de l'expert, dans son rapport du 22 juillet 2015, considérant qu'à cette date l'épisode dépressif était encore moyen et provoquait une incapacité de travail totale. A cet égard, il relève qu'il y a une

A/3956/2015 - 9/11 - contradiction entre le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et l'absence d'une incapacité de travail en rapport avec ce trouble. Il est aussi contradictoire de retenir des menaces suicidaires comme seule plainte, tout en posant ce dernier diagnostic. Enfin le psychiatre traitant fait observer que le diagnostic émis par l'expert est aussi en contradiction avec sa constatation qu'il y a uniquement un problème de procrastination et de motivation. Ces contradictions, en partie apparentes, n'enlèvent toutefois pas non plus toute valeur probante au rapport de l'expert. En effet, si l'expert pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, cela se réfère manifestement au passé, dès lors qu'il constate parallèlement que le demandeur ne présente pas, au moment de l'expertise, de symptomatologie dépressive permettant de poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur. Même si l'expert exprime être surpris par le diagnostic d'épisode dépressif sévère émis auparavant par le Dr B_____, il ne semble pas l'avoir écarté totalement pour autant, ce qui montre qu'il confère néanmoins une certaine crédibilité aux constatations du psychiatre traitant et qu'il est conscient qu'il ne peut valablement se déterminer sur l'état psychique du demandeur dans le passé. c. Sur la base de l'expertise et des rapports du Dr B_____, il sied de constater que les causes de l'épisode dépressif restent floues. En effet, dans son rapport du 15 octobre 2014, le Dr B_____ mentionne qu'il s'agit de la troisième décompensation dépressive réactionnelle à une crise familiale, alors que devant l'expert, le demandeur reste très évasif au sujet de la cause du trouble dépressif et ne fait référence qu'à la perte de son travail et à aucune crise familiale. Au demeurant, la réponse du Dr B_____, dans son courrier du 18 février 2016, n'apporte pas plus d'éléments sur les causes de l'épisode dépressif, dès lors que ce psychiatre ne mentionne qu'une crise familiale, sans autre précision, et que la situation se serait ensuite dégradée en raison d'un conflit professionnel. Cependant, dans son rapport initial du 28 octobre 2014, il n'a pas fait état de ce conflit, alors même que le demandeur était déjà licencié à cette date, l'entreprise ayant cessé ses activités fin septembre 2014. Par ailleurs, comme relevé ci-dessus, le demandeur ne se rappelle pas avoir pris le traitement de Venlafaxine à 225mg/jour, ce qui laisse supposer qu'il ne l'a jamais pris, d'autant plus qu'il n'a pas non plus fait état d'effets secondaires. Au demeurant, le traitement médicamenteux antidépresseur prescrit reste peu clair, au vu des déclarations contradictoires du Dr B_____ à ce sujet. En l'absence de compliance probable, la réalité d'un trouble dépressif est également mise en question. Lorsque l'expert évoque un retour au travail, le demandeur fait entendre que le Dr B_____ lui aurait parlé d'hospitalisation. Le demandeur a aussi proposé à la défenderesse de se contenter d'une prolongation du versement des indemnités journalières jusqu'à fin août 2015, afin qu'il puisse s'organiser avec l'assurance- chômage, sans argumenter sur la persistance de son état dépressif.

A/3956/2015 - 10/11 -

Indépendamment du fait que l'expert n'observe pas les symptômes typiques d'un trouble dépressif majeur au moment de l'expertise, il ne juge pas non plus authentique le

comportement de demandeur, dans la mesure où il n'est pas perceptible, lors de l'examen clinique, que le demandeur est encore éprouvé par cette maladie, alors même que, selon l'expert, sa seule évocation réveille généralement des souvenirs très douloureux. Or, dès lors que les diagnostics en psychiatrie, y compris les tests de dépression, tel que celui de Hamilton, sont fondés en large partie sur le ressenti subjectif du patient, une grande importance doit être donnée à l'appréciation de l'authenticité des propos tenus par celui-ci. En effet, une majoration des symptômes, voire une simulation, ne peut jamais être totalement exclue. Le diagnostic de trouble dépressif d'épisode moyen est aussi en contradiction avec le fait que le demandeur prenait, au moment de l'expertise, des cours de français. Enfin, il convient de mettre en exergue que, selon le pronostic du psychiatre traitant lui-même en date du 28 octobre 2014, on devait s'attendre à une reprise de travail à 50% dans deux mois déjà et à 100% dans trois mois. Le 26 janvier 2015, il a pronostiqué une reprise à 50% dès le 1er mars et à 100% dès le 1er avril 2015. Cela permet également de douter que le demandeur soit toujours en incapacité de travail totale cinq mois après la date de reprise pronostiquée, alors que ses plaintes et les causes du trouble dépressif demeurent très floues. Au vu de l'ensemble de ces éléments, les conclusions de l'expert, selon lesquelles il n'y a plus de trouble psychiatrique justifiant une incapacité de travail au moment de l'expertise, emportent la conviction de la chambre de céans. 10. L'expertise du Dr C_____ ayant une valeur probante suffisante, il ne sera pas donné suite à la requête du demandeur d'ordonner une expertise judiciaire. 11. Cela étant, la demande sera rejetée. 12. 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/3956/2015 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement:

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