

## **GE\_GERICHTE ATAS/264/2018 vom 26. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_264\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_264_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/264/2018 du 26 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/264/2018 del 26 marzo 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 31**

décembre 2014 devait être rejetée. Elle a considéré que l'argument, selon lequel la couverture d'assurance et le droit aux prestations avaient pris fin au 31 décembre 2012, devait être écarté, dans la mesure où le demandeur avait remis définitivement son commerce à cette date et qu'il n'avait pas demandé son transfert dans l'assurance individuelle. Elle a rappelé que l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2014 concernait l'incapacité de travail du demandeur pour des troubles psychiques dès le 16 avril 2012, alors que la présente procédure portait sur des prestations pour une éventuelle incapacité de travail en raison de troubles somatiques dès le 1er janvier 2015. Les objets ne sont dès lors pas les mêmes. Aussi la chambre de céans a-t-elle déclaré recevable la demande principale et la demande reconventionnelle, en tant que celle-ci portait sur le remboursement de CHF 41'817.-, et irrecevable la demande reconventionnelle, en tant qu'elle portait sur le remboursement de CHF 115'457.-. Elle a rejeté la demande reconventionnelle et dit que le contrat d'assurance n'avait pas pris fin au 31 décembre 2012, et que l'arrêt du Tribunal fédéral 4A 261/2014 du 14 janvier 2014 ne concernait pas le droit du demandeur principal au versement d'indemnités journalières postérieurement au 31 décembre 2014. 13. Par écriture spontanée du 2 janvier 2018, l'assuré a constaté qu'il avait produit deux rapports, du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 17 août 2015, et du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 29 octobre 2015, sur lesquels l'assureur ne s'était pas déterminé. Il rappelle que, dans son arrêt du 22 mars 2016, la chambre de céans a expressément indiqué que l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas valeur probante. Il soutient dès lors qu'il n'est pas utile de suspendre la présente procédure, la cause étant en état d'être jugée. 14. Ces écritures ont été transmises à l'assureur et la cause gardée à juger sur la question de la suspension. EN DROIT 1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité de la demande en paiement ont préalablement été examinées dans l'arrêt sur partie du 19 septembre 2017. Il suffit de s'y référer.

A/2390/2016 - 6/9 - 2. 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). Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des

preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF non publié 4A\_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). En présence 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. Ce qui compte à cet égard, c'est 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. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF non publié 4A\_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1). 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 (ATA/143/1999). Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par le rapport de l'expert, qu'il doit apprécier en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. S'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son

A/2390/2016 - 7/9 - appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 129 I 49 consid. 4; ATF 128 I 81 consid. 2; ATF 122 V 157 consid. 1c). De tels motifs déterminants existent notamment lorsque l'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination ultérieure de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 52 consid. 2; ATF 101 Ib 405 consid. 3b/aa; ATF 101 IV 129 consid. 3a in fine; ATF non publié 4D\_8/2008 du 31 mars 2008 consid. 3.2.1). 3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations pour une éventuelle incapacité de travail en raison de troubles somatiques au-delà du 31 décembre 2014. 4. Aux termes de l'art. 126 al. 1 CPC, le tribunal peut ordonner la suspension de la procédure si des motifs d'opportunité le commandent. La procédure peut notamment être suspendue lorsque la décision dépend du sort d'un autre procès. 5. Il y a lieu de rappeler que, statuant sur le recours interjeté par l'assuré contre une décision de l'OAI du 25 septembre 2014 rejetant sa demande de prestations, la chambre de céans a, par arrêt du 22 mars 2016, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan somatique (ATAS/242/2016). Elle a rendu un second arrêt le 15 novembre 2016, confirmant la décision de l'OAI du 21 juillet 2016 de soumettre l'assuré à une expertise pluridisciplinaire avec les volets médecine interne, rhumatologie et neurochirurgie (ATAS/940/2016). C'est précisément pour avoir connaissance des conclusions de cette expertise pluridisciplinaire

que l'assureur a sollicité la suspension de la présente procédure. Dans son arrêt du 22 mars 2016, la chambre de céans avait à trancher la question de l'incapacité de travail de l'assuré au-delà du 5 novembre 2013, étant précisé que celui-ci faisait valoir que les suites de son accident survenu le 26 juin 2014 entraînaient une incapacité totale de travail. Elle a ainsi examiné l'expertise réalisée par le Dr C\_\_\_\_\_ le 25 novembre 2014 à la demande de l'assureur. L'expert avait diagnostiqué des lombalgies chroniques entraînant une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle de l'assuré. Il n'avait pas d'explication organique quant à la globalité des douleurs présentées par l'assuré. Ni l'examen clinique, ni les examens radiologiques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes allégués, leur localisation, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement. Constatant qu'une seconde IRM réalisée le 14 août 2015 mettait en évidence notamment une hernie discale L5-S1 gauche et un canal lombaire étroit et que selon le médecin traitant, l'assuré présentait une incapacité de travail à 100% quelle que soit l'activité envisagée, la chambre de céans a considéré qu'elle ne pouvait se fonder sans autre instruction sur le rapport d'expertise établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 25 novembre 2014, n'étant pas en mesure de déterminer si les

A/2390/2016 - 8/9 - atteintes révélées par la seconde IRM existaient déjà au moment où la décision litigieuse avait été rendue. La chambre de céans n'a ainsi pas, contrairement à ce que soutient l'assuré, nié toute valeur probante à l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Elle s'est contentée de constater qu'une instruction complémentaire devait venir compléter cette expertise, raison pour laquelle elle a renvoyé la cause à l'OAI. Il est à cet égard singulier de relever que dans ses écritures du 2 janvier 2018, l'assuré considère que la cause est en état d'être jugée vu l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, raison pour laquelle il n'est pas utile de suspendre la présente procédure, alors que dans la procédure l'opposant à l'AI, il ne reconnaissait à ladite expertise aucune valeur probante (ATAS/242/2016). En conséquence, la chambre de céans estime qu'il se justifie de suspendre la présente procédure, jusqu'à réception des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI, ce qui lui permettra, le cas échéant, de faire l'économie de mesures d'instruction, en particulier d'une telle expertise. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/2390/2016 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant sur incident

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