

## **GE\_GERICHTE ATAS/409/2015 vom 10. Juni 2015**

GE Cour de justice, 2015-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_409\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_409_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/409/2015 du 10 juin 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/409/2015 del 10 giugno 2015

### **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 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). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/1508/2013 - 11/20 -

#### **E. 2**

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. 26 des CGA pour l'assurance perte de gain en cas de maladie, dans leur version 2010 ici déterminante, prévoit que pour toutes les actions découlant du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées ou des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur. En l'espèce, le siège de l'employeur est à Genève, de sorte que la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

#### **E. 3**

L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, le demandeur était couvert contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA; arrêts du Tribunal fédéral 4A\_428/2014 du 12 janvier 2015 destiné à la publication consid. 4.3 et 4A\_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 4.2). Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse (cf. arrêt du Tribunal fédéral 5C.42/2005 du 21 avril 2005 consid. 3).

#### **E. 4**

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). Enfin, 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)

### **E. 5**

Dans un premier moyen, la défenderesse invoque une amplification des conclusions du demandeur. Dans sa demande du 10 mai 2013, le demandeur conteste le refus de la défenderesse de l'indemniser de ses jours de maladie au motif qu'une réserve médicale exclut une telle indemnisation alors qu'il n'a jamais signé d'autre réserve que celle concernant les maladies du cœur. Il précise qu'il a demandé à la défenderesse une copie de cette réserve et qu'elle a refusé de lui répondre. En outre, après avoir expliqué la situation à son médecin, celui-ci n'est pas du tout d'accord avec la position de l'assureur.

A/1508/2013 - 12/20 - Il ressort de la motivation de la demande initiale que, d'une part, le demandeur conteste la réserve invoquée par la défenderesse et, d'autre part, il invoque un désaccord de son médecin sans préciser en quoi il consiste. Puis, lors de l'audience de comparution personnelle du 2 octobre 2013, il a fait expressément grief à la défenderesse de ne pas l'avoir indemnisé pour les troubles psychiques dont il souffrait depuis le 29 mai 2012. Contrairement à ce que soutient la défenderesse, l'indemnité journalière demandée pour les troubles psychiques du 29 mai au 1er octobre 2012 ne constitue pas une modification ou une amplification de la demande initiale. En effet, il s'agit d'une simple précision de la demande après que la défenderesse a expliqué la teneur de sa réserve, à savoir le refus de prester pour les céphalées et cervicobrachialgies diagnostiquées le 29 mai 2012 en raison de l'épuisement du droit aux prestations, le nombre maximum des indemnités prévues par le contrat pour ce diagnostic ayant été atteint. De plus, cette précision se rapporte aux mêmes faits et la défenderesse a produit avant l'audience de comparution personnelle toutes les pièces en sa possession relatives aux troubles psychiques, de sorte que l'indemnité journalière requise n'implique pas de nouveaux moyens de preuves. Enfin, elle n'entraîne pas d'amplification des conclusions puisque le demandeur a d'emblée contesté le refus de prestations du 29 mai au 1er octobre 2012. Elle peut ainsi être considérée comme une précision de la motivation que le demandeur était libre d'apporter lors de sa comparution personnelle. En effet, dans le cadre de la procédure simplifiée une motivation n'est pas nécessaire dans la demande (art. 244 al. 2 CPC) et, dans un tel cas, les parties sont citées aux débats (art. 245 al. 1 CPC) où il leur est loisible de motiver par oral la demande et la réponse (cf. Message du Conseil fédéral du 28 juin 2006 relatif au CPC, p. 6955)

### **E. 6**

Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières du 29 mai au 1er octobre 2012, plus particulièrement sur l'existence d'une incapacité totale de travail attestée médicalement durant cette période en raison de ses troubles psychiques.

### **E. 7**

La chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). 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/1508/2013 - 13/20 - 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**

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 (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa; ATF 124 III 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme l'art. 100 LCA renvoie au CO 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).

### **E. 11**

Selon les CGA 2010, la défenderesse accorde la couverture d'assurance contre les pertes économiques de la maladie (art. 1). 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 (art. 2.1). 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 2.4 §1). 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 à des prestations subsiste aussi longtemps que la personne assurée se trouve sous traitement médical régulier et sous contrôle médical (art. 5 ch. 1 §1 et 2). L'obligation de verser des prestations commence à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente court dès le jour où l'incapacité de travail de 25% au moins a été constatée par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical (art. 5.2 §1). Pour tout cas d'assurance qui donnera vraisemblablement droit à des prestations d'assurance, l'assuré est tenu de faire appel à un médecin afin qu'il prodigue les soins qui s'imposent. La personne assurée se conformera strictement aux prescriptions du médecin (art. 11.1 let. a). L'incapacité de travail doit être annoncée à l'assurance dans un délai de quatorze jours au plus tard après l'expiration du délai d'attente (art. 11.1 let b §1).

## E. 12

a) Dans son rapport initial du 5 octobre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail de 100% tant pour des céphalées et cervicobrachialgies gauches que pour un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Il précise que les premiers symptômes des maladies diagnostiquées sont apparus le 29 mai 2012.

A/1508/2013 - 16/20 - Lors de son audition par la chambre de céans, il confirme suivre le demandeur depuis le printemps 2012 pour des problèmes somatiques et psychiques. Les troubles psychiques étaient au premier plan. Il a d'abord traité le demandeur pour des troubles somatiques, puis en discutant avec lui, il a constaté les symptômes d'un état anxieux et dépressif important qu'il décrit lors de son audition. Il justifie l'incapacité de travail par les ruminations constantes du demandeur le rendant incapable d'occuper un emploi. Il a préconisé un traitement de Lexotanil® selon l'état d'angoisse dans le but de permettre au demandeur d'être plus résistant à cette dernière. En raison de la persistance du facteur stressant, son état de santé ne s'est pas amélioré de manière significative. Il l'a encouragé à aller consulter un psychiatre ce que le demandeur n'a pas fait tout de suite, puis au vu de l'absence d'amélioration significative, il a insisté pour qu'il consulte le Dr E\_\_\_\_\_. b) Dans son rapport du 31 décembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis décembre 2012. Il constate une dépression, un isolement social et des troubles de la concentration. Le demandeur se plaignait également de tristesse, anhédonie partielle, fatigue, insomnies, angoisse et idées noires. L'incapacité de travail est totale dès le 1er décembre 2012. Dans le questionnaire du 1er février 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ indique avoir repris le suivi psychiatrique le 1er octobre 2012 et que l'incapacité de travail est totale dès cette date. Avant lui, le Dr C\_\_\_\_\_ a traité le demandeur en tant que médecin généraliste. Lors de son audition par la chambre de céans, le Dr E\_\_\_\_\_ précise que le demandeur l'a consulté en urgence le 1er octobre 2012 car, selon ses dires, son état s'aggravait. Il ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail antérieure au 1er octobre 2012 car il n'a pas examiné le demandeur avant cette date. Dans son courrier du 24 août 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ est d'avis que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques posé par le Dr C\_\_\_\_\_ est tout à fait plausible au vu des symptômes décrits même si, selon l'échelle de Hamilton, il s'agit probablement d'un épisode dépressif moyen et non pas sévère. Au vu du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ suggérant que le demandeur a décidé de consulter un psychiatre à la suite d'une aggravation progressive de son état de santé et de l'absence d'un traitement antidépresseur, il est plus probable que l'épisode dépressif ait d'abord été léger avant de devenir moyen. Il n'est pas clair pour lui quand l'épisode dépressif léger de mai 2012 est devenu moyen avant le 1er octobre 2012. Quoi qu'il en soit, l'incapacité de travail peut être considérée comme totale, même en cas d'épisode dépressif léger ou moyen, car elle n'est pas liée à la sévérité de l'épisode dépressif mais aux limitations fonctionnelles objectivables. c) Dans son rapport du 4 décembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ se borne à évaluer l'état de santé du demandeur sur le seul plan somatique en laissant le soin au Dr E\_\_\_\_\_ de prendre en charge les arrêts de travail sur le plan thymique. Par conséquent, ce rapport n'est d'aucune utilité pour apprécier l'état de santé du demandeur sur le plan psychique du 29 mai au 30 septembre 2012

A/1508/2013 - 17/20 - d) Il ressort des appréciations des Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ que même si ces deux médecins ne sont pas unanimes quant à la sévérité de l'épisode dépressif, qui s'est manifesté entre le 29 mai et le 30 septembre 2012, cette divergence n'a aucune

incidence sur l'incapacité de travail du demandeur. En effet, elle doit être considérée comme totale - que l'épisode dépressif soit de sévérité légère ou moyenne - au vu des limitations fonctionnelles du demandeur, à savoir notamment les ruminations constantes avec troubles de la concentration. Par conséquent, ces appréciations ne sont pas contradictoires. En définitive, en confrontant l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ à celle du Dr E\_\_\_\_\_, il y a lieu d'accorder une valeur probante entière à celle-là qui remplit tant les conditions formelles que matérielles requises à ce sujet. En effet, elle repose sur une anamnèse et mentionne les plaintes du demandeur ainsi que le contenu de ses observations cliniques. En outre, elle motive l'incapacité de travail par l'existence des limitations fonctionnelles que le Dr C\_\_\_\_\_ a décrites lors de son audition. Enfin, elle ne contient pas de contradictions et d'incohérences. Par conséquent, au vu de l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_, le demandeur a établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il souffrait de troubles psychiques incapacitants du 29 mai au 30 septembre 2012, de sorte qu'il a en principe droit aux indemnités journalières pour cette période.

### **E. 13**

La défenderesse conteste la valeur probante du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ au motif que ce médecin n'a pas pu déterminer la date précise à laquelle il a posé le diagnostic d'état dépressif, que le demandeur s'est présenté à la consultation initiale du 30 mai 2012 en se plaignant de douleurs et que le médecin traitant ne s'est aperçu que par la suite de l'existence de troubles psychiques, que les troubles dépressifs étaient au second plan car ils figurent dans cet ordre dans le rapport du 5 octobre 2012, enfin que le diagnostic posé ne correspond pas au traitement instauré. a) L'hypothèse de la défenderesse, selon laquelle les troubles psychiques étaient au second plan, le 29 mai 2012, parce qu'ils sont mentionnés dans cet ordre dans le rapport initial, est formellement contredite par le Dr C\_\_\_\_\_. En effet, ce dernier a clairement indiqué lors de son audition par la chambre de céans que les troubles psychiques étaient au premier plan lors de son examen initial du 29 mai 2012. b) Le fait que le demandeur se soit plaint de troubles somatiques lors de la consultation du 29 mai 2012 n'entre pas en contradiction avec l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_. En effet, les précisions apportées par celui-ci lors de son audition par la chambre de céans confirment qu'il a d'abord traité le demandeur pour des troubles somatiques, puis en discutant avec lui, il a constaté une grande irritabilité avec troubles du sommeil importants, réveils nocturnes et réveil matinal précoce, troubles de la concentration et de la mémoire. En creusant, il a appris que le demandeur vivait une situation stressante sur le plan familial, hautement anxiogène, ce qui lui a permis de mettre en rapport les troubles psychiques avec cette situation et de poser un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Ces explications établissent que le demandeur n'a pas fait le lien entre les douleurs

A/1508/2013 - 18/20 - qu'il ressentait, son irritabilité, ses troubles du sommeil, ses troubles de la concentration et mnésiques et la situation stressante hautement anxiogène qu'il vivait, raison pour laquelle il n'en a pas parlé spontanément au Dr C\_\_\_\_\_. Ce dernier n'a mis en évidence les troubles psychiques qu'en discutant avec son patient. Par conséquent, après avoir traité le demandeur dans un premier temps pour des troubles somatiques, il s'est rendu compte que les troubles psychiques, bien que tus ou cachés par le demandeur, étaient en réalité au premier plan dès son premier examen. Le fait qu'en définitive, le Dr C\_\_\_\_\_ ait rattaché l'incapacité de travail aux troubles psychiques dès sa première consultation n'est pas critiquable, mais dénote simplement les difficultés à poser d'emblée un diagnostic exact

chez un patient qui tait ou occulte ses troubles psychiques. De plus, la situation stressante sur le plan familial et hautement anxiogène mise en évidence par le médecin traitant et qui existait déjà au moment de l'examen du 29 mai 2012 établit au degré de la vraisemblance prépondérante la réalité de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques dès cette date. D'ailleurs, interrogé sur l'appréciation du Dr C \_\_\_\_\_, le Dr E \_\_\_\_\_ n'a pas contesté l'existence d'une incapacité de travail dès le 29 mai 2012. Dans la mesure où la défenderesse a déclaré lors de l'audience du 2 octobre 2013 que, sur le plan psychique, elle s'en est remise à l'appréciation du psychiatre traitant et n'a pas requis d'expertise par un spécialiste comme le lui en donnait le droit ses CGA (art. 11.1 let. b), elle ne dispose d'aucun élément médical pertinent lui permettant de contester l'existence d'une incapacité de travail pour raison psychique dès le 29 mai 2012. Par conséquent, elle échoue dans sa tentative d'apporter une contre-preuve à l'existence d'une incapacité de travail pour troubles psychiques du 29 mai au 30 septembre 2012. c) S'agissant de la contradiction que voit la défenderesse entre le diagnostic posé et le traitement instauré par le médecin traitant, le Dr C \_\_\_\_\_ s'en est expliqué lors de son audition. En effet, il a constaté une situation familiale stressante et hautement anxiogène provoquant un état anxieux et dépressif important. Il a prescrit des anxiolytiques dans le but d'accroître la résistance à l'angoisse, mais l'état de santé du demandeur ne s'est pas amélioré de façon significative en raison de la persistance du facteur stressant. Au vu de ces explications, la chambre de céans ne discerne pas en quoi le fait de prescrire un traitement anxiolytique serait en contradiction avec la présence d'un état anxieux et dépressif important. d) En définitive, la défenderesse ne fait mention d'aucun élément objectivement vérifiable ignoré dans le cadre de l'appréciation du Dr C \_\_\_\_\_ et suffisamment pertinent pour en remettre en cause ses conclusions. En effet, elle se limite pour l'essentiel à faire part de son désaccord avec le contenu de l'appréciation du Dr C \_\_\_\_\_ et à substituer sa propre vision des faits, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente.

A/1508/2013 - 19/20 -

#### **E. 14**

Il y a encore lieu de préciser que le fait que l'incapacité de travail du 29 mai au 30 septembre 2012 soit attestée par le Dr C \_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre mais généraliste, n'a aucune incidence sur le droit à l'indemnité journalière. En effet, les CGA de la défenderesse posent comme seule exigence que l'assuré fasse appel à un médecin afin qu'il prodigue les soins qui s'imposent et qu'il se conforme strictement aux prescriptions du médecin (art. 11.1 let. a), sans qu'elles ne prescrivent le recours à un spécialiste. Au demeurant, il est habituel que les états dépressifs soient dans un premier temps soignés par le médecin traitant qui n'adresse son patient à un spécialiste en psychiatrie que si le traitement qu'il a prodigué n'apporte pas d'amélioration suffisante. En outre, le fait que le demandeur n'ait pas tout de suite consulté un psychiatre ne constitue pas une violation de l'obligation de diminuer le dommage au sens de l'art. 61 al. 2 LCA. En effet, il apparaît que le Dr C \_\_\_\_\_ lui a uniquement prodigué dans un premier temps de simples encouragements dans ce sens. Puis, lorsqu'il a insisté pour que le demandeur consulte le Dr E \_\_\_\_\_, au vu de l'absence d'amélioration significative à la suite du traitement à base de Lexotanil®, son patient a immédiatement obtempéré. Le Dr E \_\_\_\_\_ a d'ailleurs souligné l'excellente compliance du demandeur lors de son audition par la chambre de céans. Au vu de ce qui précède, le demandeur a droit aux indemnités journalières qu'il réclame du 29 mai

au 30 septembre 2012 et non pas jusqu'au 1er octobre 2012 comme il le soutient. En effet, la défenderesse l'a déjà indemnisé pour l'incapacité de travail courant du 1er octobre 2012 au 30 avril 2013 après déduction du délai d'attente de vingt et un jours prévu par la police.

**E. 15**

La demande doit dès lors être partiellement admise. S'agissant des dépens réclamés par la défenderesse, elle n'y a pas droit dès lors qu'elle succombe (cf. art. 106 al. 1 CPC). Pour sa part, bien qu'il obtienne gain de cause, le demandeur qui n'est pas représenté par un conseil n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/1508/2013 - 20/20 - 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.