

GE_GERICHTE ATAS/550/2015 vom 14. Juli 2015

GE Cour de justice, 2015-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_550_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/550/2015 du 14 juillet 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/550/2015 del 14 luglio 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.

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. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En vertu de l'art. 90 CGA SWICA, version 2006, les assurés ont la possibilité d'agir en justice au domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'assuré. En l'espèce, le domicile du preneur d'assurance 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

Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, comme en l'espèce, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. En matière

- 9/20-

A/3928/2013 d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. Partant, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance souscrite par son employeur, le demandeur est fondé à agir à l'encontre de la défenderesse.

E. 4

Par conséquent, déposée dans les formes prévues à l'art. 244 CPC, la demande est recevable.

E. 5

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). La présente demande n'est pas soumise à une tentative préalable de conciliation

E. 6

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). 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 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 plaisir 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

En l'espèce, le demandeur était assuré auprès d'HELSANA par l'intermédiaire de son employeur pour une assurance indemnités journalières perte de gain maladie jusqu'au 31 décembre 2012. L'assureur a repris le contrat dès le 1er janvier 2013. La police d'assurance se réfère aux conditions spéciales d'assurance et aux conditions générales d'assurance édition 2006. Selon l'art. 2 CGA, une couverture d'assurance destinée à protéger l'assuré des conséquences économiques de la maladie et de la maternité dans le cadre des prestations convenues est garantie. L'incapacité de travail est définie comme étant l'incapacité partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé pour l'assuré, cela dans les limites de ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui (art. 16 CGA). Aux termes de l'art. 21 CGA, l'indemnité journalière est versée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. Sauf arrangements contractuels contraires, le droit aux indemnités s'éteint avec l'écoulement de la durée maximum de versement des prestations dans un cas de maladie, qu'il s'agisse des cas de maladies déjà survenus, ou de ceux qui surviendraient au futur. L'art. 22 CGA précise que si au cours du déroulement d'une maladie, un cas de maladie supplémentaire se déclare, le nombre de jours pendant lesquels l'indemnité journalière est due pour le premier cas, est imputé à la durée des prestations. Enfin, l'art. 25 CGA prévoit qu'après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation

qui incombe à l'assureur de verser des prestations, s'éteint. Lorsque le contrat est résilié ou que l'assuré quitte le service de son employeur, et qu'il existe une incapacité de travail à ce moment, les indemnités journalières versées sur la base du contrat collectif sont déduites de la durée des prestations de l'assurance individuelle. Les prestations de l'assurance individuelle versées pour des maladies existant au moment du transfert, et ayant entraîné une incapacité de travailler dans les 180 jours à compter dudit transfert, sont imputées à l'assurance collective. Selon les conditions spéciales d'assurance, art. 4.3,

- 15/20-

A/3928/2013 « En dérogation aux articles 25 et 47 des Conditions générales d'assurance (CGA), SWICA verse des indemnités journalières pour les cas de maladie ayant débuté pendant la durée du contrat de travail. Ces prestations sont allouées jusqu'au recouvrement de la capacité de travailler, mais au plus tard jusqu'à l'échéance de la durée maximum convenue du droit aux prestations. Ces dernières sont mises à la charge de l'assurance collective. De nouvelles incapacités de travail ne sont assurées que pour autant qu'il soit fait usage du droit de transfert dans l'assurance individuelle ».

E. 11

En l'espèce, l'assureur a considéré, sur la base des expertises des Drs C_____ et D_____ auxquels il a confié la mission d'examiner l'aptitude au travail du demandeur, que celui-ci était capable de travailler à 100% depuis juin 2013, et conclu qu'il cesserait de verser l'indemnité à cette date. L'assuré allègue au contraire présenter, encore à ce jour, une incapacité totale de travail, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique.

E. 12

Il convient d'analyser la valeur probante du rapport du Dr D_____ sur lequel se fonde la défenderesse, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'une expertise, au sens strict, l'assuré n'ayant pu ni poser de questions, ni se prononcer sur le choix du praticien. Dans son rapport du 27 juin 2013, le Dr D_____ a conclu à un éthyliisme primaire. L'assureur relève à cet égard que les rapports du care manager et du conseiller en ressources humaines, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation pour la période du 10 au 15 septembre 2013, viennent confirmer l'avis du Dr D_____. La chambre de céans constate toutefois que si le conseiller en ressources humaines fait en effet allusion à un éventuel problème de boisson en notant, lors d'un entretien téléphonique avec le demandeur le 18 avril 2013, qu'« il me paraît avoir la langue épaisse !! A-t-il bu ??? », il envisage ensuite la possibilité que l'état du demandeur soit peut-être dû aux anti-dépresseurs qu'il prend. S'agissant du compte-rendu d'hospitalisation du 10 au 15 septembre 2013, il est vrai qu'il y est question d'un état d'ivresse aigue ; il s'agit toutefois de rappeler que le demandeur avait été hospitalisé pour tentamen. Aussi la chambre de céans est-elle d'avis que le rapport du conseiller RH et le compte-rendu d'hospitalisation ne peuvent pas être considérés comme confirmant une dépendance à l'alcool. Il y a du reste lieu de constater que le Dr E_____ a déclaré qu'il n'avait pas eu le sentiment qu'il y avait un problème d'alcool. L'ex-femme, qui était également sa patiente, ne lui avait du reste rien signalé. La chambre de céans relève que le Dr D_____ répète plusieurs fois les mêmes constatations, insiste sur le fait que l'assuré ne se souvient pas de l'année de naissance de ses proches, et n'approfondit pas ses conclusions. Il se contente

- 16/20-

A/3928/2013 d'indiquer qu'un éthylyisme est attesté par les analyses biologiques, et en déduit sans autre explication que « l'assuré devrait être considéré comme en partie responsable de son évolution actuelle, car l'éthylyisme est probablement primaire, si on considère l'anamnèse familiale positive pour les problèmes d'alcool ». Partant d'une simple hypothèse, il conclut ainsi que « l'incapacité de travail est la conséquence du trouble des émotions lié à la consommation chronique d'alcool, autrement dit de sa dépendance éthylyque, ainsi que de la non-observance au traitement. Vu ce qui précède, il y a peu d'espoir à moyen terme, puisque l'assuré nie cette problématique et que son médecin traitant, le Dr E_____, que nous avons interrogé par téléphone, pense que l'assuré n'a aucun problème d'alcool ». Le Dr D_____ relève qu'à la suite de son licenciement, l'assuré a présenté une réaction émotionnelle aigue, constate qu'il est « très passif, manifestement démobilisé, qui n'a plus guère de compréhension ou de capacité d'introspection face à sa situation actuelle ». Il note « un manque de motivation, d'entrain, des troubles du sommeil anamnétiques, chez un sujet qui paraît anxieux, puis qui a en fin d'entretien les larmes aux yeux ». Il ne retient toutefois aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, et conclut sans plus d'explications que sans l'éthylyisme, la capacité de travail devrait être considérée comme entière au 1er juin 2013, au plus tard au 1er juillet 2013. Or, le Dr E_____ décrit un tableau anxieux dépressif réactionnel sévère consécutif au licenciement. Le médecin souligne qu'il a connu le demandeur comme étant assez dynamique, alors que celui-ci se plaint à présent de manque d'envie, de fatigabilité, et est sans ressort, de sorte qu'il lui avait conseillé de voir un psychiatre. Le Dr I_____ considère que le demandeur n'est pas en état de travailler sur le plan psychique, en raison d'un conflit avec son ancien employeur. Le Dr J_____ constate également que le demandeur souffre d'un épisode dépressif réactionnel à « l'accumulation de multiples facteurs au stress environnementaux ». Il relève par ailleurs que le moral du demandeur « n'est pas au beau fixe », qu'« il ne fait rien et n'a pas de contact ; il est en train de s'isoler, il a des douleurs partout, il dit qu'il n'a pas le courage d'entreprendre les choses ». Au vu de ce qui précède et compte tenu, principalement, des lacunes de l'anamnèse, des incohérences dans les constatations, des conclusions divergentes avec les autres praticiens, il ne peut être reconnu pleine valeur probante au rapport du Dr D_____.

E. 13

Il convient à ce stade de déterminer également si le rapport d'expertise du 6 juin 2013, complété les 30 août 2013 et 29 janvier 2014, de la Dresse C_____ a quant à lui valeur probante. Le demandeur le conteste. Il relève que la Dresse C_____ ne serait pas titulaire du titre FMH. Dans le cadre de l'instruction d'une procédure opposant un assuré à l'Office cantonal AI devant la

- 17/20-

A/3928/2013 chambre de céans, il a toutefois été confirmé que la Dresse C_____ disposait d'un droit de pratique dans le canton de Genève, selon attestation du directeur général de la santé (ATAS/896/2014). Le demandeur craint que la clinique Corela au sein de laquelle la Dresse C_____ a réalisé son expertise, n'offre pas toute la garantie souhaitée pour fonctionner comme un centre d'expertise neutre et compétent. La crainte exprimée par l'assuré ne saurait toutefois être prise en considération d'une manière générale. La chambre de céans a déjà eu l'occasion de considérer, dans plusieurs arrêts, que les allégations d'inobjectivité et de partialité formulées à l'encontre de la clinique Corela, fondées notamment sur des articles de presse, ne pouvaient remettre en cause, à elles seules, la

valeur probante de l'expertise (cf. notamment ATAS/1192/2014 et ATAS/1353/2014). Il s'agit plutôt d'examiner si les critères retenus par la jurisprudence pour dire si ou non une expertise a valeur probante sont réalisés. Le demandeur mentionne également que les deux rapports de la Dresse C_____ comportent des erreurs, imprécisions et lacunes », et décrit celles-ci précisément. Certes les erreurs relevées ne portent-elles que sur des faits de peu d'importance, on peut toutefois comprendre le sentiment éprouvé par l'assuré et craindre que l'anamnèse n'ait pas été établie en pleine connaissance du dossier. Le demandeur reproche à la Dresse C_____ de mettre constamment en doute sa bonne foi et d'insister sur les éléments négatifs. Le demandeur considère plus particulièrement que la Dresse C_____ fait manifestement preuve d'un manque d'objectivité en ce sens que, quand bien même elle est d'accord avec les autres médecins sur le diagnostic qui ressort des différentes radios et IRM, elle se base sur une appréciation personnelle pour arriver à la conclusion qu'une opération n'est pas indiquée, alors que les Drs G_____ et F_____ ont conclu à la nécessité d'une intervention chirurgicale. La Dresse C_____ a en effet déconseillé l'intervention chirurgicale, au motif qu'il était peu probable que celle-ci conduise à une diminution des plaintes algiques avancées par l'assuré. Elle a expliqué que la discectomie C5-C6 réalisée le

E. 15

Partagez-vous l'avis du Service médico-régional de l'Office AI du 5 décembre 2013 selon lequel l'activité habituelle du demandeur n'est plus exigible ?

E. 16

Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

E. 17

Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée, de quelle date à quelle date ?

- 20/20-

A/3928/2013

E. 18

Les atteintes au niveau rhumatologique décrites dans les rapports médicaux des mois de juillet et août 2013 peuvent-elles expliquer les douleurs et les limitations ressenties par le demandeur à cette époque ? Ces atteintes justifiaient-elles une incapacité de travail à 100% dans sa profession de mécanicien outilleur fraiseur d'étampes, comme l'a estimé son médecin traitant, ou fallait-il lui reconnaître une pleine capacité de travail dans sa profession, comme l'a estimé l'experte mandatée par l'assureur ? Qu'en est-il si l'on tient compte, en outre, des atteintes de nature psychiatriques décrites par le Dr I_____ à la même période ?

E. 19

Les atteintes rhumatologiques diagnostiquées au mois de juillet 2013 se confondent-elles avec les atteintes rhumatologiques diagnostiquées au mois de décembre 2012 ou s'agit-il de nouvelles atteintes ?

E. 20

L'intervention du 15 octobre 2013 était-elle indiquée ? Peut-on expliquer les réticences de la Dresse C_____ ?

E. 21

L'intervention du 15 octobre 2013 peut-elle expliquer la disparition quasi complète des douleurs dont se plaignait le demandeur ?

E. 22

Formuler un pronostic global.

E. 23

Toute remarque utile et proposition des experts. 3. Commet à ces fins les Drs K_____ et L_____ ; 4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre 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.