

# **GE\_GERICHTE ATAS/557/2013 vom 23. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_557\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_557_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/557/2013 du 23 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/557/2013 del 23 maggio 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). L'assurance en cause en l'espèce est une assurance perte de gain en cas de maladie. L'indemnité journalière en cas de perte de gain est prévue dans le catalogue de l'assurance maladie facultative, de sorte qu'il existe un lien matériel immédiat avec

A/683/2010 - 11/17 - l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106 consid. f). Partant, il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie. La compétence ratione materiae de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LCA a subi des modifications. La novelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353), est entrée en vigueur le 1er janvier 2006, respectivement le 1er janvier 2007. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, à savoir postérieurement au 1er janvier 2007 (cf. ATF 130 V 446 consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

### **E. 3**

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi fédérale sur les fors en matière civile du 24 mars 2000 (LFors ; RS 272). En l'occurrence, le demandeur étant domicilié à Genève, la compétence de la Cour de céans est également établie ratione loci.

### **E. 4**

Enfin, on relèvera que la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. Par conséquent, la demande est également recevable à la forme.

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du demandeur à une indemnité journalière durant l'intégralité de la période prévue par le contrat, jusqu'à l'épuisement théorique de son droit, c'est-à-dire du 1er novembre 2009 - lendemain du jour où la défenderesse a cessé le versement - au 20 mai 2010.

## **E. 6**

Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA). En introduisant cet allègement de procédure, le législateur s'est inspiré des dispositions de droit fédéral motivées par des buts de politique sociale en matière de baux à loyer (art. 274d CO), de baux à ferme (art. 301 CO) et de contrats de travail (art. 343 CO; ATF 127 III 421 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de contrat de travail et de bail, 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/683/2010 - 12/17 - 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 p. 238). 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. A cet égard, il importe 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 (ATF 125 V 351 ss consid. 3, ATF non publié 4A\_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1). 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/bb et cc). 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/683/2010 - 13/17 - 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). Si, en revanche, les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes (ATF 118 Ia 144 consid. 1c; ATF non publié 4D\_8/2008 du 31 mars 2008, consid. 3.2.1).

#### **E. 7**

Ainsi que le rappelle la défenderesse, l'art. 9 de ses conditions générales (CGA) précise qu'est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle de l'aptitude 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 la santé physique ou mentale. En l'espèce, se basant sur l'avis du CEMed, la défenderesse a considéré que le demandeur avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à compter du 31 août 2009. Par erreur, elle a toutefois continué à verser à l'assuré des prestations jusqu'au 31 octobre 2009, prestations au remboursement desquelles elle a toutefois expressément renoncé. Il convient d'examiner si c'est à juste titre que la défenderesse, se basant sur les conclusions des médecins du CEMed, a conclu à une pleine capacité de travail à compter de septembre 2009, ce que le recourant conteste. Certes, 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'ait interpellé l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui ait donné 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. Tel est le cas en l'espèce. Les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont relaté, dans l'anamnèse, que, suite à son premier accident, l'assuré avait augmenté de façon très importante sa consommation d'alcool et que les symptômes dépressifs s'étaient amplifiés sous forme d'épuisement physique, de désespoir, d'irritabilité, d'idées noires, de pleurs, de tristesse, de troubles de l'appétit et du sommeil, raison pour laquelle il avait été hospitalisé une première fois à la Clinique de la Métairie. L'évolution avait été favorable, avec une nette diminution d'intensité des symptômes dépressifs, une

A/683/2010 - 14/17 - disparition des idées suicidaires, une diminution des idées noires et une totale abstinence à la sortie de l'assuré. En avril 2009, il y avait eu recrudescence des

idées noires et augmentation de la tristesse sans rechute alcoolique ni augmentation des épisodes euphoriques. L'assuré avait toutefois été ré-hospitalisé durant trois semaines à la Métairie, à titre préventif. Les médecins du CEMed ont relaté que l'assuré se plaignait désormais d'une lombo-cruralgie bilatérale - plus intense à gauche et exacerbée par les mouvements du tronc, les manœuvres de Valsalva et les positions statiques prolongées - ainsi que d'une fluctuation de l'humeur. Sur le plan psychique, les médecins ont relevé qu'il y avait un problème dont l'origine semblait remonter à mars 2010, date du décès du père de l'assuré. Depuis lors, persistait une fluctuation entre euphorie et tristesse. Ces symptômes s'étaient aggravés après l'accident mais il y avait eu une nette amélioration après l'hospitalisation à la Métairie. L'évolution avait été positive suite à la seconde hospitalisation. Il a été relevé que l'assuré était abstinent depuis novembre 2008 après avoir eu une consommation d'alcool abusive et récurrente entre 2007 et 2008. Le premier épisode d'euphorie était apparu en 2007 mais n'avait pas empêché l'assuré de poursuivre son activité professionnelle (le diagnostic d'épisode maniaque ne pouvait être retenu en l'absence d'hallucinations, d'idées délirantes ou de conduite à risque). L'assuré continuait de décrire des moments d'euphorie mais beaucoup moins importants qu'en 2008. La tristesse était fluctuante mais ni profonde, ni accompagnée de pleurs ou de d'idées suicidaires. Il n'y avait que très peu d'idées noires, peu envahissantes. Les médecins ont conclu que les éléments objectifs anamnestiques et l'observation clinique parlaient en faveur d'une absence de symptômes hypomanes. Quant aux symptômes dépressifs, ils étaient insuffisants pour justifier un diagnostic d'épisode dépressif (pas d'effondrement de l'humeur, ni d'idées noires, ni d'idées suicidaires, ni de pleurs, ni d'angoisse, ni de troubles cognitifs, intérêt et plaisir préservés dans certaines activités, tristesse peu profonde). Sur le plan somatique, les experts ont pratiqué une nouvelle IRM, qui a permis de retenir les diagnostics suivants : discopathie dégénérative en L2-L3 associée à une petite hernie discale médiale sans sténose ni arthrose, discrète discopathie dégénérative en L3-L4 avec petite asymétrie et minime protrusion discale foraminale gauche sans sténose et avec une ébauche d'arthrose, discopathie dégénérative importante en L4-L5 avec altération périscale, minime rétrolisthésis sans hernie discale ni sténose et, enfin, discarthrose importante en L5-S1 sans récurrence de hernie. Le CEMed a conclu que l'IRM pratiquée en juin 2009 était superposable à celle du 25 février 2008 ; la seule différence consistait en l'augmentation de volume de la hernie discale en L2-L3 pouvant expliquer les modifications de la symptomatologie et des constatations objectives. Sur ce point

A/683/2010 - 15/17 - en particulier, le Dr G \_\_\_\_\_ a expliqué que c'est la localisation - et non le volume - d'une hernie discale qui est déterminante pour apprécier sa gravité. Il ressort de ce qui précède que, contrairement à ce que soutient le demandeur, l'appréciation des médecins du CEMed apparaît suffisamment motivée. Leurs conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de leurs examens. Leur rapport d'expertise ne contient, en outre, ni contradictions, ni défauts manifestes. Les médecins du CEMed ont expliqué de manière convaincante les raisons qui les conduisaient à exclure toute invalidité sur le plan somatique, à l'exception d'une incapacité temporaire de travail pour une lombo-cruralgie avec syndrome radiculaire encore susceptible d'être traitée. Quant aux limitations fonctionnelles qu'ils ont retenues, force est de constater que ce sont les mêmes que celles mentionnées par le Dr D \_\_\_\_\_. Il est vrai que le Dr I \_\_\_\_\_ a évoqué un nouveau diagnostic - celui de tendinopathie du sus-épineux bilatéral avec arthropathie acromio-claviculaire - mais ce diagnostic n'entraîne pas de limitations fonctionnelles

supplémentaires puisque l'abduction de 180° des épaules reste possible. Il n'y a donc aucune raison de considérer que l'affection des épaules est handicapante dans l'activité déployée par l'assuré au point de justifier une incapacité de travail durable. Quant à l'incapacité de travail attestée par le Dr N\_\_\_\_\_, elle n'est aucunement motivée, pas plus que celle du Dr M\_\_\_\_\_, lequel a d'ailleurs expressément admis que son examen ne constituait qu'une simple évaluation médicale, pas suffisamment approfondie pour se voir reconnaître la qualité d'expertise. Ce médecin n'a d'ailleurs pu donner d'indications précises sur les motifs qui l'ont conduit à prendre ces conclusions. On l'a vu, les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige. Tel était d'ailleurs également le sentiment des médecins du SMR de l'AI, qui n'ont finalement décidé de procéder à une instruction complémentaire qu'en raison du fait nouveau qu'a constitué le nouvel accident dont a été victime le demandeur, accident sans incidence dans le présent litige puisqu'intervenu bien après la fin de la période litigieuse. En conséquence, les mesures d'instruction réclamées par le demandeur sous forme de nouvelle expertise, s'avèrent superflues, d'autant que l'état de santé de l'assuré a évolué depuis la période litigieuse - dont il convient de rappeler qu'elle se limite au 20 mai 2010 - puisqu'il a été victime d'un accident de la circulation en août 2011. Outre qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire, il n'est pas évident que l'expert serait à même de définir exactement et a posteriori la capacité de travail de l'assuré telle qu'elle pouvait se présenter au printemps 2010.

A/683/2010 - 16/17 - C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). Tel est le cas en l'espèce. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande est rejetée.

A/683/2010 - 17/17 - 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.