

GE_GERICHTE ATAS/645/2017 vom 17. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_645_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/645/2017 du 17 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/645/2017 del 17 luglio 2017

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du

E. 2

S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), 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. 33 al. 2 des CGA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assureur ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Le demandeur, en tant qu'ayant droit, ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 3

Le droit applicable aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire est le CPC s'agissant de la procédure et la LCA s'agissant du fond. La LCA a subi des modifications. 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 (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Dès lors, les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants qui remontent au 25 mars 2007.

A/1186/2016 - 17/29 -

E. 4

Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, 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 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. En l'espèce, la demande a été déposée le 19 avril 2016 par le demandeur, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie souscrite par l'employeur, pour des prestations litigieuses dès le 30 novembre 2015. Le demandeur est donc fondé à agir à l'encontre de la défenderesse.

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).

E. 6

Pour le surplus, la demande en paiement du 19 avril 2016 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPP). Elle est donc recevable.

E. 7

Le litige porte sur la question de savoir si le demandeur peut prétendre à des indemnités journalières au-delà du 29 novembre 2015, date à laquelle la défenderesse a mis fin auxdites indemnités. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si le demandeur présente (encore) une incapacité de travail pour cause de maladie postérieure à cette date.

E. 8

a. Les conclusions du demandeur tendent à la condamnation de la défenderesse à verser au demandeur la somme de CHF 12'224.80, à titre d'indemnités journalières du 1er décembre 2015 au 18 avril 2016, et à la condamnation de la défenderesse à continuer à verser lesdites indemnités dès le 19 avril 2016 jusqu'à la fin de l'arrêt maladie. b. S'agissant de la recevabilité de ces conclusions amplifiées, il convient de rappeler que, conformément à l'art. 243 al. 2 let. f CPC, les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumis à la procédure simplifiée. Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, in Bohnet et al. [éd.], Code de procédure civile commenté, n. 20 ad art. 246 CPC). Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Cette disposition, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un

A/1186/2016 - 18/29 - changement de conclusions est admissible (TAPPY, op. cit., n. 14 et 17 ad art. 227). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1). c. En l'espèce, le versement des indemnités journalières au-delà du 18 avril 2016 est en lien de connexité matérielle au sens de la définition ci-dessus, puisqu'il résulte d'un différend reposant sur le même rapport juridique et qu'il y a identité de parties. Partant, les conclusions amplifiées du demandeur sont recevables, étant de toute manière relevé qu'au vu du sort du litige, cette question pouvait demeurer ouverte.

E. 9

Enfin, sous l'angle procédural, l'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse.

E. 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). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure

A/1186/2016 - 19/29 - probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

E. 11

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le 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. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2;

ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales

A/1186/2016 - 20/29 - n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

E. 12

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les références citées). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 13

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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

A/1186/2016 - 21/29 - valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1). Ainsi, 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 14

a. La loi fédérale sur le contrat d'assurance ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). b. Aux termes de l'art. 1 des CGA, l'assureur accorde sa garantie « pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie/de l'accident (...) ». La maladie est définie comme étant toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité de travail (art. 3 al. 1 CGA). L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 12 al. 1 CGA).

A/1186/2016 - 22/29 -

E. 15

En l'espèce, il y a lieu d'examiner si le demandeur présente une incapacité de travail pour cause de maladie supérieure à 25%. On rappellera que la défenderesse a refusé d'allouer au demandeur des indemnités journalières au-delà du 29 novembre 2015, motif pris qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle de vitrier, exercée à 50%, à compter du 13 novembre 2015, date de l'expertise psychiatrique. Cela étant, la défenderesse a accepté, à bien plaisir, d'accorder les indemnités journalières jusqu'au 29

novembre 2015. À cet égard, la défenderesse se fonde sur le rapport d'expertise du Dr D_____ du 25 juin 2015, celui de la Dresse F_____ du 25 novembre 2015, ainsi que sur l'avis de son médecin-conseil. Dans la mesure où le demandeur conteste les rapports d'expertise, et oppose l'opinion de ses médecins-traitants, il y a lieu de déterminer la valeur probante des différents rapports médicaux.

E. 16

a. Au préalable, dans sa réplique, le demandeur semble critiquer les rapports des Drs D_____ et F_____, en raison de la durée brève des examens, soit trente minutes pour le premier et vingt minutes pour la seconde. Les rapports ne spécifient pas la durée de l'entretien, mais, quoi qu'il en soit, la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral I. 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1). En effet, le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du Tribunal fédéral I.719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2). b. Ensuite, le demandeur semble reprocher le fait que l'entretien n'ait pas eu lieu en présence d'un interprète, alléguant qu'il ne maîtrisait pas bien le français. Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. Il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5.1). En l'espèce, le Dr D_____ a relevé que le demandeur collaborait à l'examen, lequel s'exprimait correctement en français, mais certaines questions devaient être reformulées. Quant à la Dresse F_____, elle a noté qu'il existait une barrière

A/1186/2016 - 23/29 - linguistique, laquelle n'avait toutefois pas altéré l'examen psychiatrique. Le demandeur avait été collaborant, avec un discours fluide et cohérent. Lors de l'audience de comparution personnelles des parties, le demandeur, assisté d'une interprète, a déclaré qu'il avait bien compris les questions posées par la Dresse F_____, telles que « fumez-vous des stupéfiants ? », « quelles sont vos relations avec votre ex-femme ? », « avez-vous bon appétit ? ». Il était capable de s'exprimer en français, mais ne se sentait pas à l'aise pour aborder des sujets en profondeur. Dès lors qu'il n'existe pas d'indice selon lequel au cours de l'entretien, un aspect déterminant pour constater l'existence d'une atteinte à la santé psychique ou somatique, poser un diagnostic y relatif, ou évaluer la capacité de travail du point de vue médical, aurait été omis en raison d'une incompréhension linguistique, et compte tenu du fait que le demandeur n'a pas requis la présence d'un interprète (ce qu'il aurait pu faire s'il avait estimé que les questions posées étaient incompréhensibles), l'absence d'un traducteur durant l'entretien n'est pas de nature à susciter une incertitude quant à la pertinence des constatations des experts. c. Il s'ensuit qu'on ne saurait écarter les rapports d'expertise aux seuls motifs que l'entretien aurait été

trop bref ou qu'un interprète était absent. Il convient plutôt d'examiner la force probante desdits rapports à la lumière des exigences posées par la jurisprudence.

E. 17

a. Sur le plan somatique, le demandeur se plaint d'une forte somnolence diurne et d'une asthénie importante dues à un syndrome d'apnées du sommeil. b. Le Dr D_____ a examiné le demandeur le 18 juin 2015. En tant que spécialiste en médecine interne, l'expert disposait donc des connaissances médicales suffisantes pour procéder à la mission d'expertise que lui avait confiée la défenderesse. Son rapport du 25 juin 2015 repose sur l'anamnèse, qui comprend des éléments biographiques, la situation professionnelle, l'histoire de la maladie, et fait état des plaintes du demandeur, soit une asthénie ayant augmenté depuis deux ans, et une somnolence diurne. L'expert a tenu compte du diagnostic de SAS sévère posé par le médecin-traitant, le Dr C_____, dans son courrier du 21 avril 2015, mais ne partage pas l'opinion de ce dernier en relation avec la capacité de travail du demandeur. Il est toutefois de jurisprudence que les opinions des médecins-traitants doivent être examinées avec circonspection (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). L'expert a expliqué que le SAS entraînait en général une somnolence, laquelle n'avait par contre été constatée ni dans la salle d'attente ni pendant la consultation. Ainsi, dans la mesure où le demandeur effectuait un travail de quatre heures le matin, nécessitant un effort physique modéré, sans besoin de concentration importante, aucune limitation n'était retenue dans le métier de vitrier. L'employeur employait en effet une trentaine de personnes pour la fabrication de fenêtres. Deux employés, dont le demandeur, étaient affectés à la pose des vitres. Le port de charges était variable.

A/1186/2016 - 24/29 - En cas de poids important, ils pouvaient œuvrer à plusieurs, en utilisant des ventouses pour assurer leur mise en place. Sur cette base, l'expert a conclu qu'au

E. 18

a. Sur le plan psychiatrique, le médecin-traitant, la Dresse E_____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique, une dysthymie, un syndrome somatique, une personnalité à risque et un trouble du sommeil significatif. Toute continuation professionnelle partielle représentait une condition certaine d'aggravation au vu de la souffrance significative cardiaque (cf. son rapport du 24 septembre 2015). b. S'agissant du syndrome somatique et du trouble du sommeil significatif, il y a lieu de se référer au rapport d'expertise du Dr D_____, dont la valeur probante a été reconnue pour les motifs exposés ci-dessus. c. En ce qui concerne l'éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du demandeur en raison de son affection cardiaque, force est de constater que, d'une part, le Dr D_____ a observé que les bruits du cœur étaient réguliers, sans souffle. D'autre part, le cardiologue traitant, le Dr G_____ a relevé que l'état de santé du demandeur était stationnaire depuis l'angioplastie réalisée en 2007. En effet, dans son rapport du 12 avril 2013, ce spécialiste a noté que le pouls était régulier, sans signe d'insuffisance cardiaque droite ni gauche. L'auscultation cardio-pulmonaire était sans particularité. Dans son courrier du 13 janvier 2016, le médecin a indiqué que le demandeur devait éviter les efforts isométriques importants, tels que le port de charges lourdes, mais qu'il avait bien toléré le traitement d'Ivabradine, ce qui avait entraîné une amélioration de la symptomatologie à l'effort physique. Par ailleurs, dans son rapport du 15 juillet 2015, le Dr H_____, spécialiste en médecine nucléaire, relevait que la fraction d'éjection du ventricule gauche était normale.

Enfin, dans le résumé de séjour du 2 août 2015, les HUG n'ont pas constaté de signe d'une ischémie aiguë, de sorte qu'une hospitalisation n'était pas nécessaire. Ces éléments démontrent que, quand bien même le demandeur a souffert d'une crise cardiaque en 2007, dans la mesure où il est régulièrement suivi et compte tenu du fait que les analyses médicales sont normales, conclure qu'un trouble mental dû à l'affection cardiaque (cf. courrier de la Dresse E_____ du 17 décembre 2015) serait incapacitant n'emporte pas la conviction, ce d'autant que le demandeur a continué à exercer, certes à mi-temps, son activité habituelle après l'angioplastie, et ce dans de bonnes conditions (cf. procès-verbal de comparution des parties du 12 septembre 2016). d. Quant à l'état de stress post-traumatique, en lien avec les événements vécus en Irak (enfance et adolescence malheureuse, lutte contre l'ancien régime dictatorial, violences subies dans le cadre du premier mariage, décès du grand frère [faits dont l'experte, la Dresse F_____, spécialiste en psychiatrie, a pris en compte sur la base des éléments ressortant du dossier]), cette dernière a indiqué dans son rapport du 25 novembre 2015 qu'elle n'avait pas constaté la présence des principaux symptômes évocateurs d'un tel diagnostic, à savoir des flashbacks diurnes ou nocturnes, un état d'hypersensibilité ou d'hypovigilance, ou une attitude d'évitement. Elle en a déduit que si le trouble de stress post-traumatique a pu exister auparavant, il n'était plus actif actuellement. Dans la mesure où lors de l'audience de comparution personnelle des parties, le demandeur a confirmé qu'il

A/1186/2016 - 26/29 - n'avait pas fait spontanément part à l'experte de ses souvenirs qu'il pouvait avoir de sa vie en Irak, force est de conclure, à l'instar de l'experte, que les événements en question n'ont pas un impact actuel dans la vie du demandeur au quotidien, car dans le cas contraire, il aurait manifestement évoqué ses flashbacks diurnes lors de l'entretien, ce qui n'a pas été le cas. Au demeurant, le demandeur a pu reconstruire sa vie : il s'est remarié, il a eu deux enfants (en sus des deux enfants issus de sa première union), et a travaillé, après son infarctus, à mi-temps jusqu'au

E. 20

Dans la mesure où il n'existe pas de circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions des experts, l'audition des médecins-traitants ou celle de la Dresse F_____, et la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, offertes par le demandeur, s'avèrent superflues, de sorte que, par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans n'y donnera pas suite (ATF 122 II 469 consid. 4a).

E. 21

Mal fondée, la demande doit dès lors être rejetée.

E. 22

La défenderesse conclut à l'octroi de dépens. Il n'est toutefois pas alloué de dépens à la charge du demandeur qui succombe dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire (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]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 22 al. 3 LaCC ; art. 114 let. e CPC).

A/1186/2016 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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