

GE_GERICHTE ATAS/700/2013 vom 27. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_700_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/700/2013 du 27 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/700/2013 del 27 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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). L'assurance en cause dans le litige soumis à la Cour de céans 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 l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106

A/603/2012 - 7/10 - consid. f). Partant, il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie et la compétence ratione materiae de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

S'agissant de la compétence ratione loci, il convient de se référer à l'art. 31 du Code de procédure civile lequel prévoit que le Tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée et compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. En l'occurrence, le lieu d'exécution est déterminé par le contrat et à défaut, par l'art. 74 CO. En l'espèce, la prestation caractéristique du contrat étant exécutée à Genève, la Cour est également compétente ratione loci (cf. également art. 23 al. 2 des conditions générales d'assurance [CGA] applicable à l'assurance d'indemnités journalières SALARIA conclue par le demandeur).

E. 3

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 jurisprudence de la Cour de céans, contestée par la défenderesse, ayant été confirmée par le Tribunal fédéral, il y a lieu de constater que la procédure de conciliation n'est pas requise en l'occurrence et que la demande est bel et bien recevable.

E. 4

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 sous cet angle.

E. 5

Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières pour perte de gain au-delà du 27 mai 2011.

E. 6

Est réputée maladie au sens des conditions spéciales (CS) applicables toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement ou provoque une incapacité de travail (art. 3 CS). Lorsque l'assuré se trouve dans une incapacité de travail attestée médicalement, l'assureur verse, en cas d'incapacité totale de travail, l'indemnité journalière assurée correspondant à la perte de gain effective et prouvée (art. 8 al. 1 CS). En cas d'incapacité de travail d'au moins 25%, une indemnité journalière correspondant au degré d'incapacité de travail est versée (art. 8 al. 2 CS). 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 ou mentale (art. 9 CS).

A/603/2012 - 8/10 - L'art. 12 CGA prévoit que, pour des traitements à la suite d'une consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool, l'assurance ne verse aucune prestation au titre des assurances complémentaires. L'abus de ces produits n'est pas considéré expressément comme une maladie et, partant, ne déclenche pour l'assureur aucune obligation de verser des prestations.

E. 7

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, 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 que soit leur 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 que sur 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 enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la 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 p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références; cf également ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232). En particulier, il n'est pas exclu que le juge s'écarte des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, notamment lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires propres à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 352; arrêt

9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177).

E. 8

En l'espèce, la défenderesse a considéré que son obligation de prester prenait fin le 27 mai 2011. Elle invoque à cet égard le rapport du Dr M_____ du 13 mai 2011, qui concluait à une capacité de travail totalement recouvrée. Force est cependant de constater que le même expert a nuancé sa position, tant dans son rapport complémentaire du 26 avril 2012 à l'intention de l'AI que dans son rapport du 30 août 2012, puisqu'il a conclu alors une totale capacité de travail en dehors des périodes d'hospitalisation. Qui plus est, il ressort de la lecture des rapports du Dr M_____ qu'il ne justifie pas l'incapacité alors admise par la nécessité d'un sevrage, comme le soutient la défenderesse. Il reconnaît que la consommation a des effets très néfastes sur la dépression et l'anxiété. Il faut en

A/603/2012 - 9/10 - déduire que les hospitalisations en psychiatrie adulte correspondent donc à des périodes d'exacerbation des troubles psychiques, durant lesquelles une incapacité totale de travail doit bien être constatée. On admettra ainsi une totale incapacité de travail du 22 juillet au 15 août 2011, période durant laquelle la défenderesse aurait dû verser ses prestations. En revanche, en dehors de la période du 22 juillet au 15 août 2011, les diagnostics retenus par les psychiatres traitants et par le Dr O_____ (état dépressif de gravité moyenne, anxiété, traits de personnalité) ne s'avèrent pas suffisants pour justifier une incapacité de travail, même partielle. A cet égard, on relèvera que le Dr L_____ a reconnu que si le trouble anxieux a pu se révéler particulièrement massif et le trouble dépressif très grave, la situation s'est améliorée par la suite. Certes, selon le médecin, cette amélioration ne s'est traduite par une augmentation de la capacité de travail qu'au début de l'année 2012, date à compte de laquelle le trouble dépressif est qualifié de « léger ». Cependant, au moment du premier examen par le Dr M_____, l'état dépressif, aux dires des psychiatres traitants eux-mêmes, s'était déjà amélioré puisqu'il était qualifié de gravité moyenne (cf. courrier du Dr N_____ du 28 juin 2011). Par ailleurs, le Dr M_____ a expliqué les raisons pour lesquelles il convenait de nier aux diagnostics retenus par les psychiatres traitants une influence sur la capacité de travail. La Cour suivra donc ses conclusions telles qu'énoncées dans ses deuxième et troisième avis. La demande est donc partiellement admise en ce sens.

E. 9

Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 du code de procédure civile [CPC ; RS 272] en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b ; cf. également 106 al. 1 CPC). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC ; RS E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Le demandeur, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 20 de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 LaCC).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/603/2012 - 10/10 - A la forme :

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