

GE_GERICHTE A/151/2015 vom 30. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_151_2015

FR: GE_GERICHTE A/151/2015 du 30 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/151/2015 del 30 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE demanderesse contre AXA WINTERTHUR, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE défenderesse EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1974, ressortissante suisse, a été engagée en qualité d'employée de bureau à 100% auprès de B_____ à Genève (ci-après l'employeur), dans le cadre d'un contrat à durée déterminée du 17 juillet 2012 au 31 mars 2013. ![/endif]>![if> 2. Durant cette activité, elle était assurée auprès d'Axa Winterthur (ci-après l'assureur ou la défenderesse) pour la perte de gain en cas de maladie, et ce, à hauteur de 90% du salaire assuré durant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours, à teneur de la police n o .1_____, régie par les conditions générales d'assurance de juillet 2003 (CGA). Elle était également assurée auprès de cet assureur contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels, dans le cadre de l'assurance-accidents (LAA). ![/endif]>![if> 3. En date du 2 décembre 2012, l'assurée a été victime d'une chute à son domicile, ayant engendré une lésion à sa jambe et à son pied, selon la déclaration de sinistre du 5 décembre 2012 remise à l'assureur. Le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'a alors jugée totalement incapable de travailler dès le 19 décembre 2012. ![/endif]>![if> 4. L'assureur a, dans un premier temps, pris en charge les suites de cet évènement au titre d'assureur-accidents. ![/endif]>![if> 5. Dans un rapport du 14 janvier 2013, établi à la suite d'un scanner lombaire de l'assurée réalisé le 10 janvier 2013, le docteur D_____, spécialiste en radiologie, concluait à une discopathie érosive L4-L5, ainsi qu'à la présence d'une hernie discale postéro-latérale droite comprimant la racine S1 dans son trajet récessal et occupant 40% du canal rachidien. ![/endif]>![if> 6. Dans un rapport LAA du 18 février 2013, la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et médecin traitant de l'assurée, retenait un diagnostic de lombalgies sur hernie discale post-traumatique. Il était précisé que l'assurée était connue pour des lombalgies chroniques et que la chute subie avait entraîné leur péjoration. Un traitement par physiothérapie et infiltrations, ainsi qu'un avis neurochirurgical, étaient préconisés. L'incapacité de travail était jugée totale dès le 3 janvier 2013. ![/endif]>![if> 7. Dans un rapport du 1 er mars 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, observait que l'assurée souffrait d'une volumineuse hernie discale L5-S1 à droite, occupant plus de 40% du canal vertébral du côté droit, et présentait une protrusion médiane L4-L5 de petite taille. A l'examen clinique, il constatait une boiterie à la marche, un Lasègue positif à 30 o à droite, une hypoesthésie S1 et une absence de réflexe achilléen droit. Il relevait que l'assurée avait de la difficulté à se mettre sur la pointe des pieds à droite, en raison des douleurs. Le praticien remarquait, cependant, que les infiltrations prodiguées avaient permis une réduction des douleurs d'environ 50%. Néanmoins, compte tenu de la taille de la hernie et des risques neurologiques associés, il posait une indication

opératoire, dans le but de soulager rapidement l'assurée, celle-ci étant alors depuis deux mois sous traitement antalgique, avec un effet partiel sur ses douleurs. 8. Dans un rapport LAA du 18 mars 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, posait un diagnostic de hernie discale volumineuse L5-S1 avec compression de S1 à droite. Une infiltration avait été tentée et avait apporté une légère amélioration, mais une opération restait cependant probable. L'incapacité de travail était encore estimée totale. 9. Par décision du 16 mai 2013, entrée en force, l'assureur mettait fin à ses prestations d'assurance-accidents obligatoire, avec effet au 10 décembre 2012, sur la base de l'avis établi le 3 mai 2013 par son médecin-conseil, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce praticien retenait, en effet, un diagnostic de lombalgies sur hernie discale et estimait que la causalité entre cette hernie et l'accident du 2 décembre 2012 n'était que possible. Il concluait ainsi à une contusion simple lombo-fessière et à un statu quo sine une semaine après l'accident. Il précisait encore, s'agissant de la hernie discale, que la durée de l'arrêt de travail en tant qu'employée de bureau était d'environ deux à trois mois à 100% après une cure chirurgicale simple, puis d'un à deux mois à 50%. 10. L'assureur a alors pris en charge le cas de l'assurée, sur la base de l'assurance-maladie collective, à compter du 19 décembre 2012. L'indemnité journalière octroyée s'élevait à un montant de CHF 188.71, pour une incapacité de travail totale. 11. Dans un rapport du 18 juillet 2013, le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, relevait une large amélioration de l'état de santé de l'assurée, trois mois après la décompression de son hernie, par harniectomy percutanée du 24 avril 2013. L'assurée ne ressentait, en effet, plus de douleur dans le membre inférieur droit, dans sa vie de tous les jours. Une récurrence était toutefois probable, dès lors que l'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM), effectuée un mois auparavant, le 24 mai 2013, avait révélé un pincement discal avec décompression discale et une taille de la hernie sensiblement superposable. Cependant, l'état de l'assurée s'améliorant, il n'y avait pas d'indication à réitérer un geste décompressif pour l'heure. Il était encore précisé que le Lasègue était positif à 80°, déclenchant une douleur essentiellement du mollet, sans sciatalgie vraie décelée. Le bending postérieur était négatif, ne déclenchant pas de douleur. L'assurée ne présentait plus de parésie et pouvait marcher sur la pointe des pieds. Le praticien concluait ainsi à un succès clinique de la procédure. Il recommandait toutefois un contrôle par une nouvelle IRM d'ici un mois, afin de documenter l'évolution de la hernie. Il était, en l'état, mis fin au traitement, mais l'assurée était encouragée à prendre en charge sa surcharge pondérale et à effectuer de la natation dans un but de remusculation paraspineuse. 12. Le 26 août 2013, l'assurée déposait une demande de mesures professionnelles et de rente auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). Il en ressortait qu'elle était en incapacité totale de travailler depuis le 19 décembre 2012, en raison d'une hernie discale qui avait été suivie par la Dre E_____ du mois de décembre 2012 au mois d'août 2013. 13. Dans un rapport du 23 septembre 2013, adressé à l'assureur, la Dre E_____ - confirmait notamment l'évolution satisfaisante de l'état de santé de l'assurée, suite aux infiltrations intra-articulaires et à la décompression de la hernie discale réalisées. Elle jugeait toutefois l'incapacité de travail toujours totale. Elle mentionnait, par ailleurs, que le cas pourrait probablement concerner l'assurance-invalidité (AI). 14. Dans un rapport non daté, mais reçu par l'OAI le 7 octobre 2013, la Dre E_____ indiquait un diagnostic de lombalgies sur hernie discale droite L4-L5 et L5-S1 avec compression S1. Un traitement par infiltration intra-articulaire avait entraîné une légère amélioration et de la physiothérapie était en cours.

Un état dépressif en raison des lombalgies était, en outre, signalé. L'incapacité de travail était jugée totale, mais une reprise progressive de l'activité professionnelle pouvait être escomptée à partir du 1^{er} novembre 2013, soit d'abord à 50% sur une durée de deux ou trois mois. !endif>![if> 15. D'après un avis de la cellule de tri de l'OAI du 16 octobre 2013, le docteur J_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), retenait une reprise partielle du travail par l'assurée dès le 1^{er} novembre 2013 et une reprise totale à compter du 1^{er} février 2014, sur la base des conclusions du rapport de la Dresse E_____ du 7 octobre 2013. !endif>![if> 16. Dans un rapport AI du 19 novembre 2013, le Dr G_____ indiquait un diagnostic de hernie discale L5-S1 droite volumineuse depuis janvier 2013, non opérée, mais traitée par herniotomie foraminale. A son sens, l'incapacité de travail restait totale, mais une reprise à temps partiel était à considérer à partir du mois de mars 2014. !endif>![if> 17. Le 23 janvier 2014, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement octroyée à l'assurée le 25 novembre 2013, compte tenu de son manque de collaboration. !endif>![if> 18. Sur mandat de l'assureur, le 2 février 2014, le docteur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 17 février 2014, l'expert retenait les diagnostics de lombosciatique droite chronique, de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire et de hernie discale L5-S1. D'un point de vue rhumatologique, il concluait à une capacité de travail de l'assurée de 80% dans son activité professionnelle habituelle d'employée de bureau, celle-ci respectant les limitations fonctionnelles du port de charges au-delà de 5 kg de manière répétitive ou de 10 kg de manière ponctuelle, de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et de travail sédentaire ou semi-sédentaire, autorisant l'alternance de la position assise et debout deux à trois fois par heure. Il relevait, à cet égard, que l'OAI pourrait éventuellement accorder une aide au placement, si le cas ressortait de sa compétence. L'expert précisait toutefois que, s'agissant d'une assurée qui n'avait plus travaillé depuis plus d'une année, une reprise progressive de l'activité professionnelle, dans le but d'un reconditionnement au travail, serait idéale. Le pronostic était ainsi jugé bon en regard des limitations d'amplitudes tronculaires, sommes toutes relativement modestes, de l'absence de syndrome irritatif ou de trouble neuro-déficientaire des membres. Toutefois, la discopathie érosive de L4-L5 avec effet Modic et la discopathie avec volumineuse hernie discale L5-S1 paramédiane droite persistante après l'herniectomy percutanée subie venaient tempérer ce pronostic favorable. L'expert préconisait la poursuite d'une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et les raideurs articulaires, ainsi que la prise de médicaments antalgiques à la demande. Il recommandait, en outre, une perte de poids, l'adiposité abdominale pouvant aggraver la lordose physiologique et, ainsi, les contraintes mécaniques de la charnière lombo-sacrée. !endif>![if> 19. Le 6 mars 2014, l'assureur informait l'assurée qu'il retenait qu'une reprise du travail à 80% d'un 100% dans toutes activités professionnelles équivalentes à la dernière profession exercée était médicalement exigible dès le 2 février 2014, sur la base de l'expertise précitée. Par soucis de commodité, il consentait toutefois à lui verser des indemnités journalières jusqu'au 16 mars 2014. !endif>![if> 20. Par courrier du 14 mars 2014, l'assurée contestait cette prise de position de l'assureur et sollicitait la reprise immédiate du versement des indemnités journalières. Elle relevait qu'au vu de la persistance de ses douleurs et de l'avis de ses différents médecins, elle n'était pas apte à reprendre une activité professionnelle, contrairement à ce qu'avait estimé le Dr K_____. !endif>![if> 21. Dans un rapport AI intermédiaire du 30 mars 2014, le Dr G_____ indiquait que l'état de santé de l'assurée

s'était amélioré progressivement depuis novembre 2013, dans la mesure où elle avait moins de douleurs et plus de force. Il restait toutefois une faiblesse partielle résiduelle du pied droit, des douleurs d'intensité moyenne et une fatigabilité. La capacité de travail était ainsi évaluée à 20% dans l'activité habituelle ou dans une autre activité adaptée. Un traitement, sous forme de physiothérapie, de neuroéducation et d'antalgiques, restait en cours. Une augmentation progressive de l'activité professionnelle était envisagée. [endif]>![if> 22. Le 31 mars 2014, le Dr G_____ transmettait également un rapport au médecin-conseil de l'assureur, confirmant une amélioration partielle de l'état de santé de l'assurée, une capacité de travail de 20% dans son activité d'employée administrative, et une augmentation progressive envisageable de sa capacité de travail au fur et à mesure de l'amélioration de son état. [endif]>![if> 23. Le 26 mai 2014, l'assureur recevait une attestation médicale, non datée, de la Dresse E_____, confirmant une amélioration progressive, mais lente, de l'état de santé de l'assurée. A cet égard, outre la hernie discale diagnostiquée, elle faisait état d'un syndrome somatoforme douloureux, qui était en voie de régression suite à l'amélioration progressive de l'état général de l'assurée. L'état douloureux s'améliorait, en particulier avec une échelle visuelle analogique (ci-après EVA) de la douleur estimée à 3-4/10. Cependant, la praticienne relevait qu'après un effort physique, l'assurée présentait une péjoration de la douleur et une fragilité de son état général. Une faiblesse du pied droit à M4, associée à une hypoesthésie vers la racine L5-S1, était par ailleurs décelée. La Dresse E_____ estimait ainsi que la réadaptation musculaire et psychosomatique de l'assurée serait optimale avec la reprise d'une activité à un taux de 20%, augmenté progressivement à 50% après deux ou trois mois, avant de reprendre une activité à 100% par la suite. [endif]>![if> 24. Il ressort d'une note de l'assureur, qu'au cours d'un entretien téléphonique du 30 juin 2014, l'assurée l'informait avoir débuté un stage en entreprise dans le courant du mois d'avril 2014, à raison de deux heures par jour. Cependant, après environ vingt jours de travail, elle avait constaté une forte recrudescence de ses douleurs, impliquant une cessation de cette activité. Elle souhaitait alors retenter la reprise d'une activité à 20%, dès la fin juin 2014. [endif]>![if> 25. Par courrier du 3 juillet 2014, adressé à la Dresse E_____, l'assureur remarquait que la reprise de travail progressive recommandée n'avait pas eu lieu, l'assurée étant toujours en arrêt de travail à 80%. Or, il relevait que de l'avis de son médecin-conseil, aucun élément nouveau ou probant, permettant de justifier une prolongation de l'incapacité de travail au-delà de celle signifiée par l'expert mandaté, n'avait été apporté. Pour le surplus, il relevait que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, retenu par la praticienne, ne justifiait pas à lui seul un droit à des prestations d'assurance, sans la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, conformément à la jurisprudence en vigueur. Il maintenait ainsi l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée communiquée le 6 mars 2014. [endif]>![if> 26. Le même jour, l'assureur signifiait également au Dr G_____ que de l'avis de son médecin-conseil, il n'y avait aucun élément nouveau ou probant permettant de justifier une prolongation de l'incapacité de travail de l'assurée au-delà de celle indiquée par le Dr K_____. [endif]>![if> 27. Dans un autre rapport AI intermédiaire du 15 juillet 2014, le Dr G_____ indiquait que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. L'évaluation de la capacité de travail était maintenue à 20%, dans son activité d'employée administrative ou toute autre activité adaptée, et ce, dès septembre 2014. Pour le praticien, un examen de médecine physique était à envisager. [endif]>![if> 28. Par courrier du 21 juillet 2014, l'assureur confirmait à l'assurée les termes de sa prise de position du 6 mars 2014, rappelant que de l'avis de son service médical, aucun élément nouveau ou probant justifiant une prolongation de

l'incapacité de travail au-delà de celle signifiée par le Dr K_____ n'était apporté. De plus, il relevait encore que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, posé par la Dresse E_____, ne justifiait pas, à lui seul, un droit à des prestations d'assurance, sans la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, conformément à la jurisprudence en vigueur. [endif]>[if> 29. Dans un avis du 11 novembre 2014, la docteure L_____, médecin auprès du SMR, observait qu'il ressortait du précédent avis de la cellule de tri du 16 octobre 2013 que l'assurée devait reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} février 2014, et que cela n'avait pas été le cas pour des raisons qui échappaient au SMR. Elle préconisait, par conséquent, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, ce dont l'assurée a été informée par courrier de l'OAI du 17 novembre 2014. [endif]>[if> 30. Par courrier du 25 novembre 2014, l'OAI confirmait à l'assureur n'avoir encore versé aucune prestation à l'assurée, dès lors que son dossier était toujours en cours d'instruction. [endif]>[if> 31. Le 13 janvier 2015, l'assurée a déposé une demande en paiement contre l'assureur auprès de la chambre de céans. Il en ressortait qu'elle sollicitait l'annulation de la « décision » d'arrêt de paiement des indemnités journalières rendue par l'assureur. Elle alléguait, en substance, se trouver encore dans l'incapacité totale de travailler, en raison de son hernie discale, à laquelle s'ajoutait le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué postérieurement par la Dresse E_____, précisant que ses douleurs avaient entraîné une baisse de moral. Elle contestait ainsi les conclusions de l'expertise du Dr K_____, selon lesquelles elle était apte à travailler à 80%, alors même que cet expert préconisait une reprise progressive de l'activité professionnelle et reconnaissait que son hernie discale était persistante. [endif]>[if> 32. Dans sa réponse du 6 février 2015, l'assureur concluait, sous suite de dépens, au rejet de la demande de l'assurée. A cet égard, il était précisé que le droit de la demanderesse à percevoir des indemnités journalières s'étendait au maximum jusqu'au 18 novembre 2014. En effet, l'assureur relevait que tant le Dr K_____, dans son expertise du 17 février 2014, que le médecin du SMR avaient considéré que la demanderesse disposait d'une capacité de travail de 80% au moins. Or, le rapport d'expertise du Dr K_____ avait pleine valeur probante, tandis que les avis des médecins traitants devaient être pris avec circonspection. D'ailleurs, la Dresse E_____ indiquait dans son rapport du 26 mai 2014 une amélioration progressive de l'état général avec une EVA de 3-4/10, alors qu'une EVA de 3 ou 3-4/10 était déjà constatée une année auparavant. La situation en juillet 2013 n'était donc sans doute pas très éloignée de ce qu'elle était au moment de l'expertise en février 2014. La Dresse E_____ évoquait, en outre, dans son rapport à l'AI en octobre 2013, une reprise du travail à 50% à partir du 1^{er} novembre 2013. Comme la demanderesse était sans contrat de travail depuis le printemps 2013, pour l'assureur, il était probable que ses médecins traitants aient eu une approche particulièrement bienveillante par rapport aux prolongations et aux évaluations de son incapacité de travail. Quant au diagnostic supplémentaire de syndrome somatoforme douloureux, l'assureur relevait qu'il avait été posé pour la première fois par la Dresse E_____ le 26 mai 2014, qui faisait auparavant état d'un état dépressif à cause des lombalgies, et non par un psychiatre. Or, dans la mesure où cette praticienne n'avait pas jugé bon ni de faire traiter sa patiente par un spécialiste en psychiatrie, ni de prescrire une médication ad-hoc, il pouvait en être inféré que les troubles psychiques de l'assurée n'étaient pas à ce point importants pour justifier une quelconque incapacité de travail et qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique. Dès lors, une expertise psychiatrique ne se justifiait pas. [endif]>[if> 33. Dans sa réplique du 23 mars 2015, la demanderesse indiquait rejeter les arguments de la défenderesse. Pour le surplus, elle sollicitait l'audition des Drs G_____ et K_____, ainsi que la sienne. Elle requérait, en

outre, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. 34. Dans sa duplique du 20 avril 2015, la défenderesse relevait que les mesures d'instruction sollicitées par la demanderesse n'étaient pas nécessaires et persistait dans ses conclusions.

35. Le 27 mai 2015, la chambre de céans, observant que, dans son expertise du 17 février 2014, le Dr K_____ avait estimé la capacité de travail de la demanderesse à 80%, tout en recommandant une reprise progressive de son activité professionnelle, a sollicité dudit praticien des précisions quant à la progression préconisée du taux d'activité de la demanderesse.

36. Par courrier du 29 mai 2015, le Dr K_____ relevait avoir retenu, dans son expertise du 17 février 2014, d'un point de vue rhumatologique, une capacité de travail de 80% d'une activité professionnelle d'employée de bureau, en tenant compte de la diminution de rendement de l'assurée, liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Il confirmait avoir proposé, s'agissant d'une assurée qui n'avait plus retravaillé depuis plus d'une année, une reprise progressive de l'activité professionnelle, dans le but d'un reconditionnement au travail. Il précisait recommander une reprise initiale à 50% (du 80% établi) depuis le jour de l'expertise, taux à majorer progressivement par palier de 10% toutes les deux à trois semaines, pour atteindre le taux de 80% environ deux mois plus tard.

37. Dans des déterminations du 15 juin 2015, la demanderesse remarquait que le Dr K_____ n'avait pas fourni une telle appréciation auparavant et que la défenderesse n'avait pas cessé ses indemnités de manière dégressive. En outre, elle relevait que le Dr K_____ ne lui avait pas recommandé de reprendre une activité similaire, mais une activité telle que réceptionniste d'hôtel, afin de ne rester ni assise, ni debout. Cependant, elle expliquait avoir essayé, quelques semaines après l'expertise et en accord avec ses médecins, d'effectuer un stage en entreprise à hauteur d'un taux de 20%, mais indiquait avoir dû le cesser très rapidement, compte tenu de ses douleurs variables d'un jour à l'autre et du fait que la position assise était intenable, rien que pendant deux heures.

38. Par courrier du 16 juin 2015, la défenderesse observait que la proposition du Dr K_____ était essentiellement théorique, tant il était vrai que la demanderesse, qui était au chômage depuis une année, ne pouvait mettre en œuvre cette suggestion. Elle remarquait que l'état de santé de la demanderesse au moment de l'expertise était tout à fait superposable à celui qui était déjà le sien à partir de la deuxième moitié de l'année 2013. D'ailleurs, le médecin traitant de l'intéressée, la Dresse E_____, évoquait déjà en octobre 2013 une reprise du travail à 50% à partir du 1^{er} novembre 2013. La poursuite de l'incapacité de travail s'expliquait donc plus par une constellation psycho-sociale défavorable que par des motifs médicaux objectivables. Or, il n'appartenait pas à l'assurance-maladie de prendre en compte cet aspect en raison du chômage de la demanderesse. Quoiqu'il en était, la défenderesse relevait avoir quasiment respecté le calendrier évoqué par le Dr K_____, dès lors qu'elle avait alloué ses prestations jusqu'au 16 mars 2014. Elle relevait encore que la demanderesse avait été informée par l'expert le jour de son examen des conclusions relatives à sa capacité de travail. La défenderesse soulignait ainsi avoir accepté de façon très généreuse de verser ses prestations jusqu'au 16 mars 2014 et confirmait ses conclusions.

39. Ces dernières écritures des parties leur ont respectivement été transmises par courrier du 22 juin 2015, ensuite de quoi la cause a été gardée à juger.

40. Le 29 juin 2015, la demanderesse a fait parvenir à la chambre de céans des observations suite au courrier de la défenderesse du 16 juin 2015, en y joignant un rapport du Dr G_____ du 19 mai 2015.

EN DROIT 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 1^{er} 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 sur le contrat d'assurance (LCA - RS 221.229.1).!

2. Selon la police d'assurance, le contrat est régi par les CGA de juillet 2003, lesquelles prévoient que la LCA s'applique en complément (art. C10). La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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 1^{er} 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 une personne morale, le for est celui de son siège (art. 10 al. 1 let. a/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. C9 des CGA prévoit que le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut intenter une action contre l'assureur à son lieu de domicile suisse ou à Winterthur. La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

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).!

4. 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). !

Par ailleurs, la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (loi sur la surveillance des assurances, 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. Il y a lieu de constater que la demande en paiement a été déposée dans les conditions légales et de forme requises (art. 128 et 240 CPC). Elle est partant recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à percevoir de la défenderesse des indemnités journalières au-delà du 16 mars 2014, singulièrement sur l'incapacité de travail de la demanderesse à compter de cette date. !

6. a. Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).!

b. Dans le cas présent, l'art. B1 al. 1 des CGA, relatif au droit aux prestations, indique que, lorsque sur constatation du médecin l'assuré est totalement dans l'incapacité de travailler, la Winterthur paie l'indemnité journalière mentionnée dans la police. !

L'al. 2 du même article prévoit qu'en cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité; elle est supprimée si l'incapacité de travail est inférieure à 25 %. L'art. A8 précise qu'il y a incapacité de travail lorsque, par suite d'une maladie, il ne peut être raisonnablement exigé de la personne assurée qu'elle exerce sa profession ou son activité actuelle. Toute activité dans une autre profession ou un autre domaine d'activité pouvant être raisonnablement exigée de la personne assurée est également prise en considération.

7. a. Dans le cadre de l'assurance privée selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Si le sinistre survient pendant

la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3b).

b. En l'occurrence, selon l'art. B3, l'assureur paie l'indemnité journalière pour chaque maladie à l'expiration du délai d'attente convenu et, tout au plus, pendant la durée des prestations indiquées dans la police, à savoir 700 jours, déduction faite du délai d'attente de 30 jours.

8. a. 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 plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

b. 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). 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).

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 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).

9. a. 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). 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 lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). 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 statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). En cas 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. À cet égard, il convient 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 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). b. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c. 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 (ATAS/167/2008). En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, la chambre de céans s'est écartée à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du 14 février 2006). d. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation

anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 10. Conformément à l'art. 58 al. 1 du CPC, 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. 11. A titre liminaire, on relèvera que les observations de la demanderesse du 29 juin 2015, comportant en annexe un rapport du Dr G_____ du 19 mai 2015, sont parvenues à la chambre de céans après que la cause ait été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par courrier du 22 juin 2015, de sorte qu'elles ne pourront être prises en considération. 12. En l'espèce, la défenderesse estime que la demanderesse n'est plus en droit de percevoir des indemnités journalières de sa part à compter de l'examen du Dr K_____ du 2 février 2014, faisant siennes les conclusions de ce praticien, étant relevé qu'elle a toutefois consenti à lui verser de telles indemnités jusqu'au 16 mars 2014. La demanderesse conteste, quant à elle, l'expertise du Dr K_____, en tant qu'elle conclut à une capacité de travail de 80% environ deux mois après son examen, soutenant être toujours dans l'incapacité totale de travailler, notamment sur la base des appréciations de ses médecins traitants, la Dresse E_____ et le Dr G_____. Elle sollicite, dès lors, la poursuite du versement d'indemnités journalières par la défenderesse au-delà du 16 mars 2014. 13. a. Il convient ainsi d'examiner, de prime à bord, la valeur probante de l'expertise du Dr K_____ quant à son appréciation de la capacité de travail de la demanderesse, étant relevé que ses diagnostics de lombosciatique droite chronique, de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire et d'hernie discale L5-S1 ne sont pas discutés. Dans son premier rapport du 17 février 2014, le Dr K_____ concluait, d'un point de vue rhumatologique, à une capacité de travail de la demanderesse de 80 % dans son activité professionnelle habituelle d'employée de bureau, cette activité respectant les limitations fonctionnelles du port de charges au-delà de 5 kg de manière répétitive ou de 10 kg de manière ponctuelle, de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et de travail sédentaire ou semi-sédentaire, autorisant l'alternance de la position assise et debout deux à trois fois par heure. Il recommandait toutefois une reprise progressive de l'activité professionnelle, la demanderesse n'ayant plus travaillé depuis plus d'une année. Dans un complément du 29 mai 2015, le Dr K_____ précisait recommander une reprise initiale à 50% (du 80% établi) depuis le jour de l'expertise, soit le 2 février 2014, taux à majorer progressivement par palier de 10% toutes les deux à trois semaines, pour atteindre le taux de 80% environ deux mois plus tard, soit dès le début avril 2014. En l'occurrence, la chambre de céans observe que l'expertise du Dr K_____ se fonde sur un examen personnel de la demanderesse, résulte d'une étude approfondie du dossier, contient une anamnèse médicale et socio-professionnelle complète, et prend en compte les plaintes de la recourante. La description du contexte médical, ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions dûment motivées et complétées par le rapport du 29 mai 2015. b. Toutefois, faut-il encore apprécier si d'autres avis s'opposent valablement aux conclusions du Dr K_____. Dans son rapport du 18 juillet 2013, le Dr I_____ constatait déjà une large amélioration de l'état de santé de la demanderesse, trois mois après la décompression de son hernie, par herniectomie percutanée du 24 avril 2013. Dans un rapport du 23 septembre 2013, la Dresse E_____, médecin traitant de la demanderesse, confirmait l'évolution satisfaisante de l'état de santé de sa patiente. Ainsi, dans son rapport du 7 octobre 2013, elle indiquait escompter une reprise progressive d'une activité

professionnelle par la demanderesse à partir du 1^{er} novembre 2013, soit d'abord à 50% sur une durée de deux ou trois mois, à savoir jusqu'au 1^{er} février 2014 au plus tard. Dans un rapport du 19 novembre 2013, le Dr G_____ pronostiquait également une reprise d'une activité professionnelle par la demanderesse, à partir du mois de mars 2014 pour sa part. Ainsi, force est de constater que les conclusions du Dr K_____, étaient initialement corroborées par celles de la Dresse E_____, qui retenait même une reprise complète de l'activité professionnelle dès le 1^{er} février 2014, dans son rapport du 23 septembre 2013, et celles du Dr G_____, qui estimait une reprise complète du travail possible dès le mois de mars 2014, dans son rapport du 19 novembre 2013. Ce n'est que postérieurement à la prise de position de la défenderesse du 6 mars 2014, mettant fin à ses prestations, que dans un rapport du 31 mars 2014, tout en confirmant l'amélioration de l'état de santé de la demanderesse, le Dr G_____ n'estimait sa capacité de travail qu'à 20% et recommandait une augmentation progressive de ce taux au fur et à mesure de la poursuite de l'évolution positive de sa santé. De même, ce n'est que par la suite, dans un rapport du 26 mai 2014, que la Dresse E_____ recommandait la reprise d'une activité à un taux de 20% seulement, augmenté progressivement à 50% après deux ou trois mois, avant la reprise d'une activité de 100%, bien qu'elle confirmait également l'amélioration progressive de l'état de santé de l'assurée. A cet égard, elle faisait état pour la première fois de l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux, mais précisait qu'il était en régression suite à l'amélioration progressive de l'état général de l'assurée. Or, à ce propos, on admettra avec la défenderesse que ni la Dresse E_____, ni le Dr G_____ n'expliquent valablement les raisons pour lesquelles ils ont revu défavorablement leur pronostic. En effet, ni l'un ni l'autre de ces praticiens ne fait état d'une quelconque aggravation entre leurs appréciations des 23 septembre 2013, respectivement 19 novembre 2013, et celles des 31 mars 2014, respectivement 26 mai 2014. Au contraire, dans leurs derniers rapports, ces praticiens maintenaient leurs constatations quant à l'évolution favorable de l'état de santé de la demanderesse. D'ailleurs, bien que la Dresse E_____ évoquait pour la première fois dans son rapport du 26 mai 2014, l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux, celle-ci indiquait dans le même temps que ce syndrome était en voie de régression suite à l'amélioration progressive de l'état général de la demanderesse. Quoiqu'il en soit, il sied de relever sur ce point que ce diagnostic n'a été posé par aucun des autres praticiens ayant examiné la demanderesse auparavant et que la Dresse E_____ n'est pas psychiatre. En effet, on rappellera que, selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Il ne ressort pas non plus du dossier que la demanderesse soit suivie sur le plan psychiatrique, de sorte que l'existence d'une comorbidité psychiatrique doit en tous les cas être niée. Certes, s'agissant des critères d'évaluation de l'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a récemment modifié sa jurisprudence dans un arrêt du 3 juin 2015 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014). Toutefois, même à la teneur de cette nouvelle jurisprudence, un tel diagnostic présuppose un degré certain de gravité, ce qui n'est à l'évidence pas le cas en l'espèce, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux n'ayant été posé que par la Dresse E_____, laquelle n'est pas psychiatre, n'ayant pas nécessité de suivi psychiatrique et ayant été en voie de régression peu après avoir été évoqué. Il n'y a donc pas lieu d'examiner davantage ce point. Dans ces conditions, force est de constater qu'aucun élément en faveur d'une aggravation quelconque de l'état de santé de la demanderesse ne peut être tiré des considérations de cette praticienne. Ainsi, les seconds rapports des médecins

traitants de la demanderesse, établis après la prise de position de la défenderesse du 6 mars 2014, doivent être considérés avec circonspection. On retiendra, en l'espèce, au vu de l'absence de motivation claire et détaillée en ce sens, qu'ils ne remettent pas en cause, à satisfaction de droit, leurs premières conclusions, allant dans le sens de celles du Dr K_____. Par conséquent, l'expertise du Dr K_____, selon laquelle la demanderesse serait apte à reprendre une activité professionnelle à 80% au moins, dès le début du mois d'avril 2014, emporte la conviction de la chambre de céans, de sorte que pleine valeur probante doit lui être reconnue. 14. Reste à déterminer si, sur la base des conclusions du Dr K_____, la défenderesse a cessé à juste titre de verser des indemnités journalières à la demanderesse à compter du 17 mars 2014. A cet égard, on rappellera qu'à la teneur de l'art. B1 al. 2 des CGA applicables au cas d'espèce, en cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité; elle est supprimée si l'incapacité de travail est inférieure à 25 %. Or, dans son complément du 29 mai 2015, le Dr K_____ préconisait une reprise initiale à 50% (du 80% établi) depuis le jour de l'expertise, soit le 2 février 2014, taux à majorer progressivement par palier de 10% toutes les deux à trois semaines, pour atteindre le taux de 80% environ deux mois plus tard, soit dès le début avril 2014. C'est donc à compter de cette date, que l'incapacité de travail de la demanderesse était inférieure au seuil de 25% requis pour la perception d'indemnités journalières, puisqu'elle n'était plus que de 20%. Dans ces conditions, on admettra que la demanderesse était en droit de percevoir des indemnités journalières de la défenderesse du 17 au 31 mars 2014, étant précisé que le délai-cadre de ce droit s'étendait jusqu'au 18 novembre 2014 selon l'assureur, soit quelque 700 jours après le début de sa prise en charge en qualité d'assureur-maladie le 19 décembre 2012, ce qui n'a pas été contesté par la demanderesse. Sachant qu'un taux d'activité de 80% était exigible de la demanderesse à compter du début du mois d'avril 2014, il convient de retrancher à ce taux un palier de 10% pour obtenir le taux exigible de l'intéressée les deux dernières semaines du mois de mars 2014, ce qui correspond à un taux d'activité de 70% et à une incapacité de 30%. Il n'est pas contesté que l'indemnité journalière due à la demanderesse s'élevait à un montant de CHF 188.71, pour une incapacité de travail totale. Cette indemnité correspond donc à un montant de CHF 56.61 ($30 \times 188.71 / 100$) pour un taux d'incapacité de 30%. Ainsi, pour la période du 17 mars au 31 mars 2014, soit 15 jours, la défenderesse devra s'acquitter d'un montant de CHF 849.15 à la demanderesse (15×56.61), étant relevé que les montants alloués pour les périodes antérieures ne sont pas remis en cause par les parties. Des intérêts moratoires ne seront, pour le surplus, pas alloués sur cette somme, dans la mesure où la demanderesse n'a pas pris de conclusion en ce sens, ce conformément à l'art. 58 CPC. 15. a. Compte tenu de ce qui précède, aucune autre mesure d'enquête n'apparaît être nécessaire, de sorte qu'il sera renoncé à la comparution personnelle, aux auditions de la Dresse E_____ et du Dr G_____, ainsi qu'à l'expertise sollicitées par la demanderesse. b. On renoncera, en particulier, à suspendre la cause dans l'attente des conclusions de l'expertise rhumatologique ordonnée par l'OAI en novembre 2014, dans la mesure où les pièces versées à la procédure permettent de statuer valablement sur les faits en cause. 16. La demande est dès lors partiellement admise et la défenderesse condamnée à payer le montant de CHF 849.15 à la demanderesse. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens (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]), ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). 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.