

GE_GERICHTE A/2314/2014 vom 9. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2314_2014

FR: GE_GERICHTE A/2314/2014 du 9 février 2015

IT: GE_GERICHTE A/2314/2014 del 9 febbraio 2015

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à CAROUGE, représenté par le Syndicat UNIA demandeur contre VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise avenue de Cour 41, LAUSANNE défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1950, a travaillé en tant que directeur de production pour l'entreprise Montres C_____ SA (ci-après l'employeur) dès le 1 er novembre 2007. [endif]>[if> A ce titre, il bénéficiait d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie à hauteur de 90 % du salaire assuré durant 730 jours après un délai d'attente de 30 jours, conclue par son employeur avec Vaudoise générale Compagnie d'assurances SA (ci-après l'assurance ou la défenderesse).

2. Par courrier du 27 avril 2012, l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 30 juin 2012.[endif]>[if> 3. Le 23 mai 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'une incapacité de travail totale du 21 au 31 mai 2012 en raison d'une maladie. Il a par la suite régulièrement prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 septembre 2012 par certificats des 15 et 29 juin, 16 juillet, 30 août et 21 septembre 2012.[endif]>[if> 4. L'assurance a eu un entretien avec l'assuré en date du 27 juillet 2012 à son domicile. Ce dernier a exposé qu'il avait été débauché par son ancien employeur lors de la création de la société, qu'il avait organisé et monté l'atelier de production qu'il considérait « comme son bébé ». Il disait avoir été spontanément contacté par des entreprises horlogères après son licenciement mais qu'il avait convenu avec elles qu'il devait d'abord recouvrer la santé avant de poursuivre les démarches. Il se sentait trahi par son ancien employeur, qui ne lui avait jamais expliqué les raisons de son licenciement. Il était démoralisé, peinait à accepter la situation, faisait des crises d'angoisse et ne se sentait pas dans son état normal. Il ressassait beaucoup de pensées en lien avec son ancien employeur et sa situation. Il avait également des problèmes de sommeil. Il se réveillait la nuit et ne parvenait pas à se rendormir. [endif]>[if> 5. Le 5 août 2012, le Dr D_____ a indiqué au docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, que le diagnostic était celui d'état anxio-dépressif réactionnel survenu à la suite du licenciement de l'assuré, totalement inattendu et incompréhensible. Il a confirmé que l'incapacité de travail avait débuté le 21 mai 2012, sa durée restant à déterminer. Le pronostic était bon à moyen terme. [endif]>[if> 6. Par courrier du 9 août 2012 au Dr D_____, le Dr E_____ a déclaré ne pas comprendre l'incapacité de travail compte tenu du diagnostic sur lequel elle se fondait, d'autant plus que l'assuré avait « pris un mois depuis le licenciement pour bénéficier d'une attestation d'incapacité ». Il a dès lors invité le Dr D_____ à récapituler les diagnostics selon la CIM-10, à exposer le traitement entrepris, à décrire l'évolution clinique, et les raisons médicales et les limitations fonctionnelles contribuant à une quelconque incapacité de travail. [endif]>[if> 7. Par courrier du 2 septembre 2012, le Dr D_____ a précisé que l'assuré souffrait d'un trouble dysthymique

réactionnel. Un traitement médicamenteux avait été instauré et l'assuré consulterait prochainement un psychiatre. Il n'était pas possible de trouver un thérapeute durant les vacances d'été. L'assuré présentait un sommeil perturbé par des cogitations récurrentes, une perte d'énergie, des troubles de la concentration et de la mémorisation. Il ne comprenait pas ce qui lui était arrivé car il était considéré comme un collaborateur apprécié et compétent. Il était pour l'heure incapable de travailler ou de se présenter à un entretien d'embauche, sous peine de se voir refuser un poste qu'il pourrait obtenir ultérieurement. ![endif]>![if> 8. Dans son courrier du 13 septembre 2012 au Dr D_____, le Dr E_____ a affirmé qu'un trouble dysthymique était compatible avec une capacité de travail. De plus, depuis le 1^{er} octobre 2012, la capacité de travail devait être appréciée dans le contexte d'une activité adaptée à l'état de santé. Sans autres arguments, il recommanderait à l'assurance de tenir compte d'une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2012. ![endif]>![if> 9. A la même date, l'assurance a annoncé à l'assuré qu'elle suivrait la recommandation de son médecin-conseil à défaut d'autres arguments médicaux. Elle invitait l'assuré à s'annoncer à l'assurance-chômage. ![endif]>![if> 10. Par certificat du 24 septembre 2012, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} octobre 2012, qu'elle a prolongée par certificat du 5 novembre 2012. Le 26 novembre 2012, elle a fait état d'une capacité de travail nulle dès le 1^{er} décembre 2012 mais totale dès le 15 janvier 2013. ![endif]>![if> 11. L'assurance a versé des indemnités journalières à l'employeur correspondant à une incapacité de travail totale du 20 juin au 30 septembre 2012 (CHF 433.20) (décomptes du 12 et du 26 septembre 2012), après un délai d'attente de 30 jours.![endif]>![if> 12. Le 4 octobre 2012, le Dr E_____ a prié la Dresse F_____ d'indiquer les diagnostics posés selon la CIM-10, de détailler le traitement entrepris, de décrire l'évolution clinique et les limitations fonctionnelles de l'assuré dans une activité adaptée.![endif]>![if> 13. Le 15 octobre 2012, l'assuré a informé l'assurance de sa volonté de continuer à bénéficier à titre individuel de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.![endif]>![if> 14. Par courrier du 30 novembre 2012, l'assurance a déclaré maintenir sa position, la Dresse F_____ n'ayant pas répondu à la demande de renseignements de son médecin-conseil.![endif]>![if> 15. La Dresse F_____ a répondu au Dr E_____ le 4 décembre 2012. Elle a posé le diagnostic de trouble réactionnel mixte anxio-dépressif (F 43.22) consécutif à un licenciement. Le traitement administré consistait en médicaments et en psychothérapie de soutien à raison d'une séance hebdomadaire. L'évolution était pour le moment favorable avec une amélioration progressive de l'état clinique, malgré la persistance de nombreuses fluctuations de l'humeur. Cette spécialiste a ajouté que l'assuré avait toujours été actif. Ses efforts lui avaient permis d'atteindre une position de cadre et la reconnaissance de ses pairs. Son licenciement du jour au lendemain avait entraîné un effondrement de son image et de son estime de soi. Il avait perdu confiance en son employeur mais aussi en lui-même. Il s'en était suivi une blessure narcissique profonde et un sentiment d'impuissance rendant quasiment impossible la recherche d'un nouvel emploi. Il était prioritaire que l'assuré reprenne confiance en ses capacités, qu'il puisse gérer les affects anxieux et stabiliser son humeur avant d'envisager de se présenter à de nouveaux employeurs potentiels. Une reprise du travail pouvait être envisagée d'ici au mois de janvier si la stabilisation se poursuivait.![endif]>![if> 16. Dans son avis du 12 décembre 2012, le Dr E_____ a considéré que l'incapacité de travail prolongée n'était pas justifiée sur la base du diagnostic d'état anxio-dépressif réactionnel consécutif au licenciement posé par le Dr D_____ et confirmé par la Dresse F_____. Il recommandait à l'assurance de tenir compte d'une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er}

octobre 2012 et de 100 % dès le 1^{er} janvier 2013.![endif]>![if> 17. Le 13 décembre 2012, l'assurance s'est référée à l'avis du Dr E_____ en relevant que ce dernier revenait sur ses conclusions du 13 septembre 2012 au vu des éléments communiqués par les Drs D_____ et F_____ et recommandait désormais d'admettre une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} octobre au 31 décembre 2012. Elle a indiqué que l'incapacité de travail était nulle depuis le 1^{er} janvier 2013 et l'assuré était invité à s'annoncer à l'assurance-chômage.![endif]>![if> 18. Selon les décomptes des 13 et 28 décembre 2012, l'assurance a versé pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2012 des indemnités journalières de CHF 216.60, correspondant à une capacité de travail de 50 %. ![endif]>![if> 19. Par certificat du 21 janvier 2013, la Dresse F_____ a attesté d'une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} janvier 2013 mais de 50 % dès le 1^{er} février 2013. ![endif]>![if> 20. L'assuré s'est annoncé auprès de l'assurance-chômage le 1^{er} février 2013. ![endif]>![if> 21. Le 8 février 2013, l'assuré a prié l'assurance de lui indiquer les fondements de sa position, qui ne tenait pas compte du dernier rapport fourni par la Dresse F_____. Il s'est dit disposé à être examiné par le médecin-conseil de l'assurance.![endif]>![if> 22. L'assuré, par son mandataire, a relancé l'assurance le 21 février 2013.![endif]>![if> 23. L'assurance a répondu par courrier du 28 mars 2013 en renvoyant l'assuré à ses courriers du 13 septembre 2012 et du 15 février 2013. ![endif]>![if> 24. Par courrier du 12 avril 2013, la Dresse F_____ a rappelé au Dr E_____ la teneur de son rapport du 4 décembre 2012. L'état clinique de l'assuré, tel que décrit dans dit rapport, était suffisamment handicapant pour justifier un arrêt de travail. La Dresse F_____ a fait état d'un effondrement de l'image de soi, d'un sentiment de trahison et d'avoir été évincé du jour au lendemain, d'une perte de confiance, de ruminations incessantes, d'une perte de l'estime de soi, d'une angoisse importante face aux années restant jusqu'à la retraite, d'une impossibilité à se projeter dans l'avenir, d'une aboulie, d'une adynamie et d'une apathie. Face à ce tableau clinique, elle s'est dite surprise que seule une incapacité de travail à 50 % ait été reconnue. Il lui paraissait en effet difficile d'envisager que dans cet état, l'assuré retrouve l'énergie nécessaire pour se présenter à un nouvel employeur et donner une image assez positive pour pouvoir être engagé alors qu'il était en plein effondrement narcissique. Depuis lors, l'état de l'assuré s'était toutefois stabilisé et une reprise à 50 % avait été possible dès le 1^{er} février 2012 (recte: 2013) puis à 100 % dès le 20 février 2012 (recte : 2013). ![endif]>![if> 25. Le 14 mai 2013, le Dr E_____ a indiqué à la Dresse F_____ que l'assurance avait versé des indemnités journalières complètes du 21 mai au 30 septembre 2012 et de 50 % du 1^{er} octobre au 31 décembre 2012. La capacité de travail s'évaluait de plus en fonction d'une activité adaptée. Le médecin-conseil a qualifié l'indemnisation de généreuse eu égard aux diagnostics posés par les médecins traitants de l'assuré.![endif]>![if> 26. Le 3 juillet 2013, l'assuré a demandé à l'assurance d'établir les faits médicaux justifiant sa position.![endif]>![if> 27. L'assurance a répondu à l'assuré par courrier du 10 juillet 2013 en l'invitant à s'adresser à la Dresse F_____, qui avait eu un échange de vues avec son médecin-conseil.![endif]>![if> 28. Le 5 juin 2014, l'assuré a requis de l'assurance le versement d'indemnités journalières à 100 % jusqu'au 31 janvier 2013 puis à 50 % du 1^{er} au 19 février 2013, se référant aux avis de la Dresse F_____.![endif]>![if> 29. Par courrier du 17 juin 2014, l'assurance a requis de la Dresse F_____ que cette dernière lui communique les dates auxquelles l'assuré l'avait consultée et qu'elle précise si le traitement perdurait ou dans le cas contraire, à quelle date il avait pris fin. ![endif]>![if> 30. Le 30 juillet 2014, l'assurance a informé l'assuré qu'elle avait soumis son dossier au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil. Ce dernier avait affirmé

partager les conclusions du Dr E_____. Il n'était ainsi pas possible de donner une suite favorable à la demande de l'assuré. Elle proposait néanmoins de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.![endif]>![if> 31. Par courrier du 31 juillet 2014, l'assuré a invité l'assurance à lui transmettre l'avis du Dr G_____. Il a rappelé que ses médecins traitants l'avaient estimé inapte à reprendre une activité professionnelle à plein temps jusqu'au 31 janvier 2013. Il n'avait ainsi bénéficié des prestations de l'assurance-chômage que dès le 1^{er} février 2013. Pour le surplus, il déclarait être disposé à collaborer et à se soumettre à une expertise, mais il voyait mal l'utilité d'une telle mesure dès lors qu'il était de nouveau capable de travailler depuis le 1^{er} février 2013. Cette expertise aurait dû être réalisée durant la période querellée, soit à fin 2012. ![endif]>![if> 32. Par demande reçue le 6 août 2014 par la chambre de céans, l'assuré a conclu, sous suite de dépens, à ce qu'il soit constaté qu'il était totalement incapable de travailler du 1^{er} octobre 2012 au 31 janvier 2013 ; au versement par la défenderesse de CHF 13'212.60 (61 jours à CHF 216.60) pour la période du 1^{er} octobre au 30 novembre 2012 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} novembre 2012 ; au versement par la défenderesse de CHF 6'714.60 (31 jours à CHF 216.60) pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2012 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} janvier 2013 ; au versement par la défenderesse de CHF 13'429.20 (31 jours à CHF 433.20) pour la période du 1^{er} au 31 janvier 2013 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} février 2013. ![endif]>![if> Après avoir résumé la teneur des rapports médicaux, le demandeur a relevé que la prise de position de la défenderesse ne se fondait que sur l'avis du Dr E_____, lequel était généraliste et ne l'avait jamais examiné. Il a rappelé les principes régissant l'appréciation des preuves et allégué que les rapports médicaux des Drs D_____ et F_____ étaient détaillés et complets. La psychiatre avait attesté qu'une reprise du travail était possible au plus tôt le 1^{er} février 2013. Ce n'était d'ailleurs qu'à cette date que le demandeur avait pu bénéficier de prestations de l'assurance-chômage. 33. Dans sa réponse du 5 septembre 2014, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a précisé que se fondant sur un avis oral du Dr G_____ qui se ralliait à l'appréciation du Dr E_____, elle avait requis des renseignements complémentaires auprès de la Dresse F_____ par courrier du 17 juin 2014. Elle s'est référée à l'avis du Dr E_____, selon lequel une incapacité de travail de longue durée ne se justifiait pas face aux atteintes retenues par le Dr D_____ et la Dresse F_____, cette dernière ayant diagnostiqué un trouble réactionnel mixte anxio-dépressif (F 43.22). La défenderesse a relevé que selon la CIM-10, la classification F 43 faisait référence à une réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation. Il fallait un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet. On pouvait donc supposer qu'un facteur de stress déterminé entraînait un trouble transitoire. Elle a ajouté qu'un médecin-conseil était parfaitement apte à prendre position sur la base des pièces du dossier. De plus, il fallait tenir compte du fait que le médecin traitant était généralement enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unissait à ce dernier. Enfin, s'agissant de la proposition de soumettre le demandeur à une expertise, la défenderesse a affirmé qu'elle n'avait pu être formulée précédemment puisqu'aucune suite n'avait été donnée à son courrier du 10 juillet 2013 au demandeur.![endif]>![if> 34. Par courrier du 16 octobre 2014, la chambre de céans a invité la défenderesse à produire l'avis du Dr G_____ mentionné dans son courrier du 30 juillet 2014.![endif]>![if> 35. La défenderesse s'est exécutée le 23 octobre 2014. Elle a produit une note du 17 juin 2014 signée par le Dr G_____, aux termes de laquelle ce dernier avait pris connaissance des pièces médicales du dossier et partageait les conclusions du Dr E_____ compte tenu des

diagnostics retenus par les médecins traitants. L'assurance devait demander à la Dresse F_____ les dates des consultations.![endif]>![if> 36. A la demande de la chambre de céans, la défenderesse a produit la police d'assurance et les Conditions générales d'assurance de l'assurance maladie collective perte de salaire, édition du 1 er mai 2009, (CGA) par pli du 13 janvier 2015.![endif]>![if> 37. Le 16 janvier 2015, la chambre de céans a imparté un délai au 30 janvier 2015 au recourant pour consulter les CGA et la police d'assurance et déposer d'éventuelles observations.![endif]>![if> 38. A l'expiration de ce délai, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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 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 (LCA - RS 221.229.1).![endif]>![if> Selon l'art. 23 des CGA dans leur édition du 1 er mai 2009, pour tout litige résultant du présent contrat, la [défenderesse] reconnaît la compétence des tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit. En l'occurrence, tant le preneur d'assurance que le lieu du travail du demandeur à l'époque déterminante sont à Genève. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort de l'art. 24 des CGA.![endif]>![if> 3. 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. ![endif]>![if> En vertu de l'art. 197 CPC en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie complémentaires conformément à l'art. 7 CPC. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable. 4. La contestation porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail totale du 1 er octobre 2012 au 31 janvier 2013.![endif]>![if> La couverture d'assurance du fait du passage dans l'assurance individuelle et le montant des indemnités journalières ne sont en revanche pas litigieux. 5. L'art. 2.1 CGA arrête qu'est incapable de travailler la personne qui, en raison d'une maladie, ne peut exercer son activité professionnelle habituelle, ou, si l'incapacité dure un certain temps, reste dans l'impossibilité d'exercer toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes.![endif]>![if> Selon l'art. 2.2 CGA, est une maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale médicalement

décelable et qui n'est pas due à un accident au sens de l'assurance-accidents selon la LAA; à une lésion assimilée à un accident au sens de l'assurance-accidents selon la LAA; à une maladie professionnelle couverte au titre de l'assurance-accidents selon la LAA et qui entraîne une incapacité de travail. L'art. 8.1 CGA, régissant l'allocation des prestations, prévoit que les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail de 25 % au moins, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée. En vertu de l'art. 8.3 CGA, l'incapacité de travail doit être dûment attestée par un médecin. Si elle ne dépasse pas 3 jours, elle peut l'être par l'employeur seul. La durée des prestations est limitée à 730 jours par maladie, conformément à l'art. 12.1 CGA. L'art. 11.3 prévoit que l'allocation journalière est due pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés.

6. Selon l'art. 8 du code civil (CC ; RS 210), le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa), qui ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

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 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).

8. En l'espèce, il est patent que les avis des Drs E_____ et G_____ ne correspondent pas aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. S'agissant du Dr E_____, on notera en premier lieu qu'il n'est pas spécialisé en psychiatrie. Au plan formel, il n'a établi aucun rapport, ses avis et recommandations ressortant uniquement des demandes de

renseignements et des échanges de correspondance avec les médecins traitants du demandeur. Quant au fond, le Dr E_____ s'est étonné dans son courrier du 9 août 2012 au Dr D_____ du fait que le demandeur n'ait pas été incapable de travailler immédiatement après son licenciement et semble y voir une contradiction avec l'incapacité de travail attestée. On ne voit cependant pas en quoi le fait que les troubles du recourant ne se sont pas manifestés immédiatement dans une mesure l'empêchant de poursuivre son activité suffit à considérer que l'incapacité de travail survenue ultérieurement n'est pas justifiée. Le médecin-conseil a par ailleurs indiqué qu'un trouble dysthymique était compatible avec une capacité de travail, laquelle devait être appréciée dans le contexte d'une activité adaptée à l'état de santé. Il s'agit toutefois d'une affirmation qui n'est étayée par aucune explication scientifique, et qui semble reposer sur une généralité ne tenant pas compte des éléments concrets. De plus, bien que le Dr D_____ ait certes fait état dans sa réponse au Dr E_____ du 2 septembre 2012 d'un « trouble dysthymique réactionnel », le diagnostic posé par le médecin traitant dans son rapport du 5 août 2012 est celui d'état anxio-dépressif réactionnel – ce qui correspond au trouble réactionnel mixte anxio-dépressif (F 43.22) diagnostiqué par la spécialiste consultée par le demandeur par la suite. Selon la Classification internationale des maladies (CIM-10, version 2008), la dysthymie est recensée sous chiffre F 34.1 et fait partie des troubles de l'humeur. Elle est définie comme un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. Cette atteinte ne doit pas être confondue avec le trouble réactionnel mixte anxio-dépressif (F 43.22), classé parmi les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Ainsi, la première appréciation du Dr E_____, ressortant de son courrier du 13 septembre 2012, repose sur une prémisse erronée. Quant à son avis du 12 décembre 2012, se référant cette fois au diagnostic correct, le Dr E_____ ne l'a pas non plus motivé mais s'est contenté de déclarer que l'atteinte du demandeur ne justifiait pas d'incapacité de travail, sans fournir d'autres arguments. Il ne s'est en particulier pas déterminé sur les explications données par la Dresse F_____. Interpellé par cette dernière, il s'est également contenté le 14 mai 2013 d'affirmer que l'incapacité de travail avait été généreusement prise en charge au vu des diagnostics, sans développer son raisonnement d'une manière qui permette de comprendre sur quels éléments il se fonde pour s'écarter des conclusions des médecins traitants et de leurs constatations cliniques. Le Dr E_____ a à plusieurs reprises mentionné que la capacité de travail devait s'évaluer dans une activité adaptée. A ce sujet, la chambre de céans rappelle qu'aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). L'art. 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 4A_168/2007 du 16 juillet 2007 consid. 3.2.1). Or, le médecin-conseil de la défenderesse n'a jamais exposé en quoi consisterait une activité adaptée. Au vu de la nature psychique des troubles dont souffrait le demandeur, il est

d'ailleurs douteux qu'il existe une activité dans laquelle ces atteintes n'entraîneraient pas de limitations fonctionnelles – ce qui ressort d'ailleurs des explications de la Dresse F_____. La défenderesse a certes requis par la suite l'avis d'un spécialiste en psychiatrie, le Dr G_____. On relèvera que cette dernière a admis qu'il s'agissait d'un simple avis oral dans sa réponse du 5 septembre 2014. Le document produit par la suite est tout aussi laconique que les avis du premier médecin-conseil de la défenderesse, puisqu'il ne contient aucune discussion scientifique. De plus, on comprend mal pour quels motifs le Dr G_____ juge utile de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires – en demandant à la psychiatre du demandeur les dates des consultations – s'il n'a pas de doute sur l'avis de son confrère généraliste. S'agissant des rapports de la Dresse F_____ – laquelle suivait le demandeur durant la période litigieuse, ils répondent de manière complète aux questions posées par le Dr E_____. Cette spécialiste a posé un diagnostic précis et a émis des conclusions, qu'elle a justifiées en décrivant les limitations fonctionnelles découlant des troubles du demandeur et leur incidence sur sa capacité de travail. Si la structure de son rapport du 4 décembre 2012 ne correspond pas en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral rappelées ci-dessus, les explications de la Dresse F_____ – encore développées dans son courrier du 12 avril 2013 au Dr E_____ – n'en sont pas moins claires et convaincantes. Elle a en effet exposé les symptômes cliniques qui rendaient impossible pour l'heure la reprise d'une activité professionnelle. Partant, la Chambre de céans se ralliera aux conclusions de cette spécialiste. Les arguments de la défenderesse ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. S'agissant de l'allégation selon laquelle un facteur de stress déterminé entraînait un trouble transitoire, elle ne lui est d'aucun secours. La Dresse F_____ n'a en effet jamais affirmé que l'atteinte du demandeur excluait définitivement une reprise du travail. Ce dernier a du reste été apte au travail dès février 2013. Pour le surplus, il est exact que la jurisprudence a admis qu'une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Cela étant, les avis des Drs E_____ et G_____ ne peuvent être assimilés à des expertises au vu de leur forme et de leur contenu. Quant au fait que la défenderesse n'aurait pas été en mesure de mettre en œuvre une expertise car le demandeur n'aurait pas donné suite à son courrier du 10 juillet 2013, elle confine à la témérité. D'une part, en renvoyant le demandeur à se renseigner sur la position de la défenderesse auprès de sa propre thérapeute, celle-ci a procédé de manière pour le moins insolite. En effet, c'est à la défenderesse qu'il appartient d'expliquer sur quels éléments elle se fonde et non aux médecins traitants du demandeur. Elle ne peut de plus pas affirmer qu'aucune suite n'a été donnée à son courrier, puisqu'elle ne peut savoir si le demandeur s'est conformé à sa recommandation. Enfin, elle n'a jamais évoqué avant juillet 2014 son intention de mettre en œuvre une expertise, en particulier pas pendant la période litigieuse, alors même que le demandeur s'était dit prêt à se soumettre à un examen médical dans son courrier du 8 février 2013 déjà. Enfin, la défenderesse était en mesure de mettre en œuvre une expertise même sans réponse du demandeur. 9. Eu égard à ce qui précède, le demandeur a droit au versement d'indemnités journalières complètes du 1^{er} octobre 2012 au 31 janvier 2013, conformément à ses conclusions. L'indemnité journalière complète est de CHF 433.20 et l'indemnité correspondant à une incapacité de travail de 50 % de CHF 216.60. Du 1^{er} octobre au 31 décembre 2012, la défenderesse a indemnisé l'incapacité de travail à 50 %. Il reste donc 92 jours dont l'indemnisation doit être complétée, ce qui correspond à CHF 19'927.20. En janvier 2013, le montant des indemnités

dues s'élève à CHF 13'429.20. Le total dû au demandeur se monte ainsi à CHF 33'356.40.

10. Le demandeur a conclu au versement d'intérêts sur les indemnités journalières. Les CGA ne stipulent pas de terme de paiement pour les indemnités journalières. On doit dès lors admettre que la créance est exigible quatre semaines après réception des renseignements nécessaires conformément à l'art. 41 LCA (cf. dans un cas similaire arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.2). Les conséquences de l'exigibilité des prestations se déterminent d'après le droit des obligations, par renvoi de l'art. 100 LCA (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 301). Selon l'art. 102 du code des obligations (CO ; RS 220), le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré. En effet, l'art. 102 al. 2 CO exige une convention entre les parties afin de fixer le jour de l'exécution, alors que le délai de quatre semaines repose sur la loi. De plus, le terme de l'obligation ne peut être déterminé avec précision puisqu'on ne peut savoir à l'avance quand ce délai de quatre semaines commence à courir, le point de savoir si l'assureur dispose de tous les documents étant sujet à interprétation. Ainsi, la doctrine majoritaire considère qu'une interpellation est nécessaire pour que l'assureur soit en demeure (Jürg NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THÉVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2^{ème} éd. 2012, n. 17 ad art. 102). Le taux de l'intérêt moratoire s'élève à 5%, conformément à l'art. 104 al. 1 CO. En l'espèce, le demandeur n'a formellement interpellé la défenderesse afin d'obtenir le versement des indemnités journalières que le 5 juin 2014. Ce n'est donc que dès le lendemain que la créance du demandeur correspondant aux indemnités journalières portera intérêt. 39. Le demandeur, qui est représenté, obtient gain de cause. La défenderesse sera donc condamnée à lui verser une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 16 à 21 de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC - E 1 05]; art. 84 et 85 du règlement fixant le tarif des frais en matière civile [RTFMC - E 1 05.10]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (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.