

GE_GERICHTE A/3264/2015 vom 22. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3264_2015

FR: GE_GERICHTE A/3264/2015 du 22 mars 2016

IT: GE_GERICHTE A/3264/2015 del 22 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à FEIGÈRES, France demandeur contre CONCORDIA ASSURANCES SA, Clientèle d'entreprise, sise avenue de Savoie 10, LAUSANNE défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, a travaillé à plein temps en qualité de couvreur ferblantier pour le compte d'une société active dans les ressources humaines et le placement de travailleurs (ci-après : l'employeur) à compter du 14 juillet 2014. Son salaire horaire était de CHF 32.44.![endif]>![if> 2. À ce titre, il bénéficiait d'une assurance collective perte de gain en cas de maladie conclue par son employeur auprès de CONCORDIA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance). Selon la police d'assurance n° 1_____, l'indemnité journalière s'élevait à 80% du salaire, treizième salaire compris, et était versée pour une durée maximale de 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de deux jours.![endif]>![if> 3. Par déclaration à l'assurance du 26 août 2014, l'employeur a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 13 août 2014, en raison d'une maladie.![endif]>![if> 4. Par courrier du 15 septembre 2014, l'employeur a licencié l'assuré avec effet au 17 septembre 2015.![endif]>![if> 5. Le 30 septembre 2014, lors d'un entretien dans les locaux de l'assurance, l'assuré a indiqué ne pas savoir de quoi il souffrait. Il avait des vertiges et des pertes d'équilibre, sans connaître leur origine. Dans la mesure où il travaillait sur les toits comme couvreur, son médecin n'avait pas voulu prendre de risque. Son sommeil était saccadé et irrégulier. Depuis le 13 août 2013, son état était stationnaire, étant précisé qu'il n'avait jamais souffert de vertiges ou de pertes d'équilibre auparavant. Cela engendrait des difficultés pour marcher, conduire et pour ses activités habituelles. Ses médecins pensaient qu'il souffrait d'un état dépressif. Il était titulaire d'un CFC de couvreur et des connaissances en ferblanterie. Il avait toujours travaillé dans ces domaines. Pour le moment, il souhaitait poursuivre son activité habituelle.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 9 octobre 2014, la docteure B_____, psychiatre établie en France à Saint-Julien-en-Genevois et psychiatre traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de syndrome anxio-dépressif avec troubles du sommeil. L'incapacité de travail était totale, en raison d'une angoisse importante, des troubles du sommeil et des aspects dépressifs non améliorés. Un reclassement professionnel était à envisager.![endif]>![if> 7. Le 24 octobre 2014, l'assurance a versé à l'assuré des indemnités journalières d'un montant total de CHF 4'775.20 pour la période du 13 août au 17 septembre 2014. L'indemnité journalière se montait à CHF 147.90 par jour ouvrable.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 13 novembre 2014, le médecin-conseil de l'assurance, dont l'identité est inconnue, a relevé que selon l'analyse de la Dresse B_____, la symptomatologie anxio-dépressive était légère à moyenne et ne justifiait pas une incapacité de travail totale. Une reprise du travail était exigible à 50% dès le 1 er décembre 2014.![endif]>![if> 9. Par courrier du 21 novembre 2014, l'assurance a informé l'assuré que compte tenu des conclusions de son

médecin-conseil, les indemnités journalières seraient versées en intégralité jusqu'au 30 novembre 2014, puis à hauteur de 50% dès le 1^{er} décembre 2014. Le maintien du versement des indemnités journalières était conditionné à la présentation d'un certificat médical mensuel.![endif]>![if> 10. Par pli du 4 décembre 2014, l'assuré a contesté être capable de travailler à 50%, dans la mesure où il était en arrêt de travail à 100%. Il demandait à être examiné par le médecin conseil de l'assurance.![endif]>![if> 11. Le 14 janvier 2015, le docteur C_____, généraliste établi en France à Saint-Julien-en-Genevois et médecin traitant de l'assuré, a certifié que ce dernier présentait un état dépressif grave, suivi et traité par sa psychiatre, depuis octobre 2014.![endif]>![if> 12. Dans un rapport du 9 février 2015, la Dresse B_____ a justifié l'incapacité totale de travail retenue en expliquant que l'assuré continuait à présenter des symptômes anxieux majeurs avec des troubles du sommeil, peu améliorés malgré le traitement prescrit. La symptomatologie évoluait vers des éléments de paranoïa, en particulier autour de son travail, avec des aspects revendicatifs importants et des menaces suicidaires. La Dresse B_____ suggérait la mise en œuvre d'une expertise, l'intervention d'un tiers pouvant peut être permettre de « sortir de l'impasse actuelle ». En effet, l'assuré lui reprochait de ne pas établir les bons certificats et reprochait à l'assurance de ne pas prendre son cas en considération. En tout état de cause, les éléments phobiques majeurs excluaient en l'état toute activité professionnelle, surtout avec du travail en hauteur, qui déclenchait des vertiges. Enfin, elle suggérait la mise en œuvre d'une réorientation ou d'une formation.![endif]>![if> 13. À la demande de l'assurance, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, a examiné l'assuré le 26 mars 2015 et rendu son rapport d'expertise le 28 mars 2015. Il a précisé sur quelles bases il fondait son analyse, rappelé le contexte de l'expertise, exposé l'anamnèse et fait état des plaintes de l'assuré. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger et d'anxiété généralisée. Les atteintes à la santé s'inscrivaient dans un contexte caractérisé par de nombreux arrêts de travail et une situation assécurologique difficile, l'assuré ne se sentant pas reconnu dans ses droits. Dans son activité habituelle de couvreur ferblantier, l'incapacité de travail était de 100%. Bien que les vertiges ne soient pas objectivables, la sensation subjective de vertiges et de troubles de l'équilibre, de même que les difficultés de concentration, étaient une source de danger pour l'assuré dans le cadre de son activité de couvreur ferblantier. En l'état, la durée de l'incapacité de travail ne pouvait pas être déterminée. Il était toutefois peu probable que son état de santé s'améliore au point de lui permettre de reprendre son activité habituelle. Le traitement médical suivi était adéquat, mais difficile, le travail psychothérapeutique ayant peu de chance d'aboutir. L'assuré était en mesure de reprendre une activité professionnelle dans tout domaine compatible avec sa formation. Toutefois, compte tenu des troubles de la concentration, de la thymie légèrement dépressive et de l'anxiété, l'incapacité de travail dans une activité adaptée était de 30%.![endif]>![if> 14. Par pli du 2 juin 2015, l'assurance a annoncé à l'assuré que, sur la base des conclusions de son médecin-conseil, les indemnités journalières seraient versées à hauteur de 50% jusqu'au 31 juillet 2015, puis de 30%, à partir du 1^{er} août 2015. L'assuré était invité à rechercher un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, d'ici au 31 juillet 2015.![endif]>![if> 15. Par courriel du 5 juin 2015, l'assuré a réclamé des indemnités journalières complètes, rappelant que la Dresse B_____ attestait d'une incapacité de travail de 100%. Par retour de courriel, l'assurance a rejeté sa demande.![endif]>![if> 16. Le 21 septembre 2015, l'assuré a introduit une demande en paiement non chiffrée auprès de la chambre de céans. Il a conclu principalement au paiement de l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2015. En

substance, il contestait le fait que la défenderesse ait réduit les indemnités journalières à 50% à partir du 1^{er} décembre 2014, puis à 30% dès le 1^{er} août 2015, dans la mesure où la Dresse B_____ attestait d'une incapacité de travail de 100%.! [endif]> [if] 17. Dans sa réponse du 13 novembre 2015, la défenderesse a admis devoir verser au demandeur l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 5 septembre 2015 et conclu au rejet de la demande pour le surplus. Son médecin-conseil avait considéré le demandeur apte à reprendre une activité professionnelle à 50% à partir du 1^{er} décembre 2014. Le Dr D_____ avait quant à lui admis une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de couvreur ferblantier et de 30% dans une activité adaptée. Si le demandeur se disait désireux de reprendre le travail, il n'avait à sa connaissance entrepris aucune démarche en ce sens. Or, d'après la jurisprudence, l'assuré avait le devoir de diminuer le dommage occasionné par ses problèmes de santé. Compte tenu de ces éléments, la défenderesse avait commis une erreur dans son courrier du 2 juin 2015, en retenant que le demandeur disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Il convenait par conséquent de compléter la prise en charge de ce dernier en lui octroyant l'entier des indemnités journalières pour la période du 1^{er} décembre 2014 au 31 juillet 2015, étendue jusqu'au 5 septembre 2015 pour tenir compte du délai nécessaire pour permettre à l'intéressé de retrouver un emploi adapté. Au-delà de cette date, les indemnités journalières de 30% étaient en adéquation avec son état de santé et devaient être maintenues.! [endif]> [if] 18. Le 26 novembre 2015, la défenderesse a informé la chambre de céans du versement au demandeur des arriérés d'indemnités journalières, soit un montant total de CHF 20'798.20, pour la période du 1^{er} décembre 2014 au 5 septembre 2015.! [endif]> [if] 19. Dans ses observations du 4 décembre 2015, le demandeur a pris acte du paiement rétroactif des indemnités journalières opéré par la défenderesse. Cependant, il persistait à demander le paiement de l'intégralité des indemnités journalières, dans la mesure où il était en arrêt de travail jusqu'au 31 janvier 2016. De plus, le paiement des arriérés des indemnités journalières opéré par l'assurance en novembre 2015 était erroné. Un solde en sa faveur de CHF 4'691.30 demeurait ainsi en souffrance.! [endif]> [if] 20. À l'appui de son écriture, le demandeur a notamment produit plusieurs certificats établis par la Dresse B_____, laquelle attestait d'un arrêt de travail à 100% du 29 janvier 2015 au 31 janvier 2016.! [endif]> [if] 21. Par courrier du 21 décembre 2015, la défenderesse a informé la chambre de céans que selon la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie (ci-après : CPAM), le demandeur avait obtenu, sur demande du 19 août 2011, une reconnaissance de travailleur handicapé en mai 2012, pour la période du 24 mai 2012 au 23 mai 2015. Malgré cela, le demandeur avait débuté sa dernière activité de couvreur ferblantier le 14 juillet 2014. Ladite reconnaissance lui aurait en outre permis de percevoir l'allocation pour adulte handicapé (ci-après : AAH), ce qui impliquait un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%, voire entre 50% et 79% avec une restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. Or, le demandeur ne l'avait jamais informée de cet état de fait. Compte tenu de ces éléments, la défenderesse a indiqué que son droit aux indemnités journalières était suspendu avec effet immédiat et conclu à ce que la chambre de céans ordonne au demandeur la production de tout document relatif à ces faits, en particulier tout décompte relatif à l'AAH perçue.! [endif]> [if] 22. Par pli du 15 janvier 2016, le demandeur a relevé que la reconnaissance de travailleur handicapé de mai 2012 ne lui avait permis d'obtenir aucune prestation. Il sollicitait un délai pour produire une attestation en ce sens.! [endif]> [if] 23. Par courrier du 20 janvier 2016, le demandeur a rappelé que la défenderesse ne lui avait pas versé l'entier des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier

2016. À la lecture des décomptes lui ayant été remis, un solde en sa faveur de CHF 1'913.85 demeurait impayé. Cette situation lui occasionnait un préjudice moral et financier. À titre de réparation, il concluait à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser la somme de CHF 30'000.-.!

24. Le 3 février 2016, le demandeur a adressé à la chambre de céans une attestation du même jour établie par la caisse des allocations familiales de la Haute-Savoie, certifiant qu'il n'avait pas perçu l'allocation pour adulte handicapé depuis le 19 août 2011, aucune demande n'ayant été déposée.!

25. Le demandeur a produit le 10 février 2016 un nouveau certificat d'arrêt de travail à 100% de la Dresse B _____ du 1^{er} février au 31 mars 2016.!

26. Dans ses observations du 22 février 2016, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.!

27. Par écriture spontanée du 10 mars 2016, le demandeur en a fait de même.!

28. À la suite de quoi la cause a été gardée à juger.!

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 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 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 entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106, consid. f), partant il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie. Selon l'art. 1.3 des conditions générales d'assurance de l'assurance collective d'indemnités journalières (ci-après : CGA), édition 2006, le contrat est régi par la LCA. La compétence à raison de la matière de la chambre de céans 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 de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.!

En l'occurrence, l'art. 56 des CGA prévoit qu'en cas de contestation découlant du contrat, le preneur d'assurance, respectivement l'assuré, a le choix entre le for de Lucerne, ou celui de son domicile en Suisse, ou celui de son lieu de travail. Le lieu de travail du demandeur se trouvant à Genève, la chambre de céans est 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), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).!

4. Dans la mesure où le demandeur agit en personne, que sa demande est rédigée à la main et de manière succincte, et qu'il a amplifié ses conclusions en cours de procédure, il y a lieu d'examiner, à titre liminaire, si les conditions de recevabilité formelle sont respectées.!

a) 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). À teneur de l'art. 244 al. 1 CPC, la demande peut être déposée dans les formes prescrites à l'art. 130 ou dictée au procès-verbal au tribunal. Elle contient la désignation des parties (let. a), les conclusions

(let. b), la description de l'objet du litige (let. c), si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d) et la date et la signature (let. e). Une motivation n'est pas nécessaire (art. 244 al. 2 CPC). Quiconque participe à la procédure doit se conformer aux règles de la bonne foi (art. 52 CPC). En particulier, les actes de procédure des parties doivent être interprétés conformément à ces règles (ATF 105 II 149 consid. 2a in JdT 1980 I 177). Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1 in JdT 2011 IV 17). L'interdiction du formalisme excessif impose de ne pas se montrer trop strict dans la formulation des conclusions si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant ; tel est en particulier le cas lorsque le but et l'objet du recours, ou – en cas de conclusions qui doivent être chiffrées – le montant requis, ressortent sans aucun doute des motifs invoqués, éventuellement associés à la décision attaquée. Les conclusions doivent être interprétées à la lumière de la motivation (ATF 137 III 617 consid. 6.2 in JdT 2014 II 187 et SJ 2012 I 373). Dans l'interprétation selon le principe de la bonne foi, l'autorité peut tenir compte du fait que le demandeur n'est pas représenté par un avocat et a rédigé lui-même ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_551/2008 du 12 mai 2009 consid. 2.3).

b) Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, in Bohnet et al. [éd.], Code de procédure civile commenté, n. 20 ad art. 246 CPC). Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Cet article, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un changement de conclusions est admissible (TAPPY, op. cit., n. 14 et 17 ad art. 227). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1).

c) En l'occurrence, le recourant a clairement indiqué dans sa demande du 21 septembre 2015, puis dans le cadre de ses écritures subséquentes, qu'il contestait le montant des indemnités journalières de 50%, puis 30%, versées par la défenderesse dès les mois de décembre 2014, puis août 2015, à la lumière des conclusions de la Dresse B_____. S'il ne chiffre pas ses conclusions, la motivation du demandeur, de même que les éléments du dossier, permettent de déterminer aisément le montant dont il requiert le versement. La demande du 21 septembre 2015 doit donc être déclarée recevable. S'agissant de la recevabilité des conclusions amplifiées du demandeur, il apparaît que ce dernier a augmenté ses prétentions entre sa demande du 21 septembre 2015 et ses observations du 4 décembre 2015. En réalité, l'intéressé a maintenu sa position quant à son incapacité de travail totale et au fait que les taux des indemnités journalières qui lui étaient servies n'étaient pas suffisants, mais a augmenté ses conclusions en ce qui concerne la période pour laquelle il en demandait le versement. En effet, dans sa demande, il concluait au versement desdites indemnités jusqu'au 31 octobre 2015, alors que dans ses observations, la date retenue était le 31 janvier 2016. À la lecture du dossier, il apparaît que le demandeur s'est fondé dans les deux cas sur le dernier certificat d'incapacité de travail de la Dresse B_____ en sa possession. Dès lors, ses conclusions amplifiées tendant à obtenir des indemnités journalières entre le 1^{er} novembre 2015 et le 31 janvier

2016, sont en lien de causalité avec sa demande du 21 septembre 2015 et doivent être déclarées recevables. Dans le cadre de son courrier du 20 janvier 2016, le demandeur a une fois encore augmenté ses prétentions en concluant au paiement par la défenderesse d'une indemnité de CHF 30'000.- destinée à réparer son préjudice moral et financier. En ce qui concerne le préjudice financier, il apparaît que cette prétention se confond avec ses conclusions relatives aux paiements des indemnités journalières. Quant au préjudice moral, l'existence d'un lien de causalité avec sa demande en paiement peut apparaître contestable, dans la mesure où le fondement juridique d'un tel préjudice repose sur un acte illicite, alors que les indemnités journalières réclamées découlent d'un rapport contractuel d'assurance. Cela étant, la question de la recevabilité de cette conclusion peut demeurer ouverte. En effet, il apparaît qu'aucune des conditions nécessaires à l'octroi d'une réparation pour tort moral prévues à l'art. 47 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) ne sont remplies, en l'absence d'un préjudice, d'un dommage ou d'une faute. 5. Le litige porte sur le droit du demandeur au paiement de l'entier des indemnités journalières du 1^{er} décembre 2014 au 31 janvier 2016. Toutefois, dans le cadre de sa réponse du 13 novembre 2015, la défenderesse a partiellement fait droit aux conclusions du demandeur et lui a versé l'intégralité des indemnités journalières demandées entre le 1^{er} décembre 2014 et le 5 septembre 2015, soit le montant de CHF 20'798.20, ce dont la chambre de céans prend acte. Par conséquent, n'est plus litigieuse que la question du montant des indemnités journalières versées à compter du 6 septembre 2015. 6. D'après l'art. 5.1 CGA, l'assureur garantit une protection d'assurance pour les conséquences économiques engendrées par une incapacité de travail par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident. Par maladie, on entend tout trouble de la santé physique ou mental, indépendant de la volonté de l'assuré et médicalement décelable, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas dû à un accident, à une lésion corporelle assimilée à un accident ou à une maladie professionnelle, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire (art. 11 CGA) L'art. 28.2 CGA dispose que le droit aux prestations prend naissance lorsque la personne assurée est totalement ou partiellement en incapacité de travail, conformément à la constatation médicale, et que l'incapacité de travail a existé pendant une durée supérieure au délai d'attente fixé dans le contrat. Le droit aux prestations existe au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical et au maximum pendant la durée convenue des prestations. En cas d'incapacité partielle de travail, la prestation est calculée en fonction du degré de l'incapacité de travail. Une incapacité de travail inférieure à 25% ne donne pas droit à des prestations (art. 28.3 CGA). À teneur de l'art. 44.5 CGA, l'assuré présentant une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle est dans l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante (obligation de restreindre le dommage). Une activité raisonnable dans le cadre d'une autre profession ou domaine professionnel sera prise en considération. 7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le

Le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la 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, ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 8. 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 plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).> 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). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales 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) En l'espèce, la défenderesse considère que le demandeur est en mesure de mettre à profit une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 6 septembre 2015. Elle fonde son appréciation sur l'expertise réalisée par le Dr D____ le 28 mars 2015.> Quant au demandeur, il conteste ces conclusions et soutient que son incapacité de travail est entière, sur la base des certificats émis par la Dresse B____. De plus, il soutient que la défenderesse a commis une erreur dans le versement des indemnités journalières pour la période antérieure au 6 septembre 2015, et que les montants de CHF 4'691.30 et CHF 1'913.85 lui sont encore dus. b) En l'occurrence l'expertise du Dr D____ indique les bases sur lesquelles elle se fonde, rappelle le contexte dans lequel elle intervient, comporte une anamnèse et fait état des plaintes du demandeur et des constatations objectives de l'expert durant l'examen qu'il a conduit. Les diagnostics retenus sont clairs et les conclusions convaincantes et motivées. L'appréciation du cas permet de comprendre de quoi souffre le demandeur et les répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail. Par ailleurs, il apparaît que le demandeur ne conteste pas formellement les conclusions de l'expertise, mais se contente de lui préférer celles de la Dresse B____. Ainsi, à la lumière de la jurisprudence précitée, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr D____. Ladite expertise ne saurait être remise en cause par aucun élément figurant au dossier, en particulier par les rapports et certificats de la Dresse

B_____. En effet, ceux-ci ne contiennent pas de conclusion motivée quant aux atteintes dont souffrent le demandeur et leur incidence sur sa capacité de travail. En outre, il ne contient aucun élément objectif ayant été ignoré par le Dr D_____ dans le cadre de son expertise. c) Comme indiqué précédemment, la chambre de céans prend acte du fait que la défenderesse a fait partiellement droit aux conclusions du demandeur en lui reconnaissant un droit à l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 5 septembre 2015 et en lui versant le solde desdites indemnités, soit CHF 20'798.20. En ce qui concerne les erreurs que la défenderesse aurait commises dans le versement des indemnités journalières, le demandeur n'en apporte aucune preuve. En tout état de cause, aucune erreur de calcul ne ressort du dossier, de sorte que le grief du demandeur doit être rejeté et ses prétentions y relatives écartées. S'agissant de l'allocation pour adulte handicapé que le demandeur aurait perçue en France, l'attestation du 3 février 2016 émise par la caisse des allocations familiales de la Haute-Savoie dissipe tout doute à cet égard, de sorte que le droit aux indemnités journalières du demandeur ne saurait être remis en cause sur cette base. d) Au vu de ce qui précède, la chambre de céans admet partiellement la demande, en tant qu'elle porte sur le versement de l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 5 septembre 2015. Pour le surplus et à la lumière des conclusions de l'expertise du Dr D_____, elle considère que c'est à bon droit que la défenderesse a réduit à 70% le montant des indemnités journalières. 10. La demande est partiellement admise, de sorte que le demandeur obtient gain de cause sur l'essentiel de ses conclusions.![endif]>![if> Dans le champ d'application du CPC, les dépens ne sont pas alloués d'office, mais seulement sur requête. Au contraire de l'al. 1 relatif aux frais judiciaires, l'al. 2 de l'art. 105 ne prescrit pas que les dépens soient fixés d'office (ATF 139 III 334 consid. 4.2). Faute de conclusions en ce sens et dans la mesure où il agit en personne sans l'assistance d'un représentant, le demandeur ne peut pas prétendre à l'octroi de dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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