

# GE\_GERICHTE A/3282/2016 vom 18. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3282\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3282_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3282/2016 du 18 avril 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3282/2016 del 18 aprile 2017

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à NEYDENS, France demandeur contre CONCORDIA ASSURANCES SA, Clientèle d'entreprise, sise avenue de Savoie 10, LAUSANNE, p.a. CONCORDIA ASSURANCES SA, Service juridique, sise Bundesplatz 15, LUCERNE 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'assureur). 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 2014.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 9 octobre 2014, la doctoresse 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, de troubles du sommeil et d'aspects dépressifs non améliorés. Un reclassement professionnel était à envisager.![endif]>![if> 6. Le 24 octobre 2014, l'assureur 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> 7. Dans un rapport du 13 novembre 2014, le médecin-conseil de l'assureur, 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> 8. Par courrier du 21 novembre 2014, l'assureur 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> 9. 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'assureur.![endif]>![if> 10. À la demande de l'assureur, le docteur C\_\_\_\_\_, 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 considéré que l'assuré était incapable de travailler

à 100% dans son activité de couvreur-ferblantier. Il était en revanche 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> 11. Par pli du 2 juin 2015, l'assureur a annoncé à l'assuré que, sur la base des conclusions de son médecin-conseil, les indemnités journalières lui seraient versées à hauteur de 50% jusqu'au 31 juillet 2015, puis de 30%, à partir du 1<sup>er</sup> août 2015. L'assuré était invité à rechercher un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, d'ici au 31 juillet 2015.! [endif]>![if> 12. Par courriel du 5 juin 2015, l'assuré a réclamé le versement d'indemnités journalières complètes, rappelant que la Dresse B\_\_\_\_\_ attestait d'une incapacité de travail de 100%. Par retour de courriel, l'assureur a rejeté sa demande.! [endif]>![if> 13. Le 21 septembre 2015, l'assuré a introduit une demande non chiffrée auprès de la chambre de céans, visant au paiement de l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2015. ! [endif]>![if> 14. Dans sa réponse du 13 novembre 2015, l'assureur a admis devoir verser à l'assuré l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 5 septembre 2015, mais conclu au rejet de la demande pour le surplus.! [endif]>![if> 15. Le 26 novembre 2015, l'assureur a informé la chambre de céans du versement à l'assuré des arriérés d'indemnités journalières, soit un montant total de CHF 20'798.20, pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2014 au 5 septembre 2015.! [endif]>![if> 16. Dans ses écritures du 4 décembre 2015, l'assuré a pris acte du paiement rétroactif des indemnités journalières opéré par l'assureur. Cependant, il persiste à demander le paiement de l'intégralité des indemnités journalières, dans la mesure où il est en arrêt de travail jusqu'au 31 janvier 2016. Il produit à cet égard plusieurs certificats établis par la Dresse B\_\_\_\_\_, laquelle atteste d'un arrêt de travail à 100% du 29 janvier 2015 au 31 janvier 2016. De plus, il relève que le paiement des arriérés effectué par l'assureur en novembre 2015 est erroné. Un solde en sa faveur de CHF 4'691.30 reste ainsi en souffrance.! [endif]>![if> 17. Par arrêt du 22 mars 2016, la chambre de céans a partiellement admis la demande de l'assuré en tant qu'elle porte sur le versement de l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 5 septembre 2015. ! [endif]>![if> Elle a en effet pris acte du fait que l'assureur 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. S'agissant des erreurs que l'assureur aurait commises dans le versement des indemnités journalières, elle a constaté que l'assuré n'en apportait aucune preuve. En tout état de cause, aucune erreur de calcul ne ressortait du dossier. Pour le surplus et à la lumière des conclusions de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, elle a considéré que c'était à bon droit que l'assureur avait réduit à 30% le montant des indemnités journalières ( ATAS/240/2016 ). 18. Le 15 septembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de paiement d'indemnités journalières. ! [endif]>![if> Invité à motiver sa demande, il a, le 26 septembre 2016, allégué que l'assureur n'avait pas payé les indemnités journalières à 100%, mais à 30% seulement, alors qu'il était en arrêt de travail à 100% du 13 août 2014 au 31 août 2016. Il se plaint par ailleurs de n'avoir plus été reconvoqué par le médecin-conseil de l'assureur depuis l'examen subi à la Clinique romande de réadaptation de Sion du 26 mars 2015. Il conclut à ce que l'assureur lui verse les 70% manquants du 5 septembre 2015 au 31 août 2016. 19. Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'assuré a sollicité le versement des allocations familiales pour son fils, D\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 2005, du 13 août 2014 au 31 août 2016, indiquant qu'il en avait la garde selon jugement du 17 décembre 2008 rendu par le Tribunal départemental de

Embourg, Cour d'appel de Dakar, République du Sénégal.![endif]>![if> 20. Dans sa réponse du 24 novembre 2016, l'assureur a conclu à ce qu'il ne soit pas entré en matière sur la demande du 26 septembre 2016 concernant les indemnités journalières à 100% du 6 septembre 2015 au 31 janvier 2016, en tant qu'elle est recevable, à ce qu'elle soit rejetée dans toutes ses conclusions au-delà du 31 janvier 2016, en tant qu'elle est recevable, et rejeter le complément de demande du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au sujet des allocations familiales, en tant qu'il est recevable.![endif]>![if> L'assureur rappelle que par arrêt du 22 mars 2016, la chambre de céans a rejeté la demande déposée par l'assuré portant sur la période du 6 septembre 2015 au 31 janvier 2016. S'agissant de la demande visant à l'octroi d'indemnités journalières pour la période du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2016, l'assureur constate que le droit aux prestations ensuite de l'incapacité de travail ayant débuté le 11 août 2014, est échu au 13 août 2016 et non au 31 août 2016. Il se réfère au rapport d'expertise établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 28 mars 2015, aux termes duquel l'incapacité de travail est de 30% dans une activité adaptée. Il relève que la Dresse B\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, n'a pas expressément contesté ce rapport, se limitant à délivrer des certificats d'arrêt de travail à 100% tous les deux mois. Il produit par ailleurs un rapport rédigé par un médecin du SMR le 11 mai 2016, admettant une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée, et souligne que ce médecin se fonde sur l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ et sur un rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2016, selon lequel « son patient pourrait reprendre une activité à temps partiel, avec réorientation professionnelle car la thymie s'est améliorée ». L'assureur relève enfin que les allocations familiales ne relèvent pas de la compétence de l'assureur privé pour incapacité de gain.

21. Par courrier du 5 décembre 2016, l'assuré a demandé à la chambre de céans à être entendu.![endif]>![if> 22. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 14 février 2017. À cette occasion, l'assuré a déclaré que![endif]>![if> « J'ai accompli un stage de réadaptation professionnelle dans le cadre de l'AI du 10 octobre 2016 au 8 janvier 2017. Mon dossier est actuellement auprès du SMR. Je ne dispose pas du rapport établi par la Dresse B\_\_\_\_\_ le 15 janvier 2016. Je propose que la chambre de céans le demande directement à l'OAI. La Dresse B\_\_\_\_\_ a cessé d'établir des certificats médicaux d'arrêt de travail depuis le 31 août 2016. Je savais à ce moment-là que j'allais pouvoir suivre un stage à l'AI. Je précise que j'ai vu la Dresse B\_\_\_\_\_ pour la dernière fois en juin 2016. Le fait qu'un stage était prévu tout prochainement me donnait du courage et me donnait l'impression que la situation évoluait ». 23. À l'issue de l'audience, la chambre de céans a interrogé la Dresse B\_\_\_\_\_. Celle-ci a, par courrier du 20 février 2017, précisé que si elle avait délivré à son patient des arrêts de travail à 100% entre janvier et août 2016, c'est au motif que celui-ci « présentait un syndrome anxio-dépressif, dans les suite de vertiges et de troubles de l'équilibre apparus dans l'exercice de sa profession de ferblantier. L'angoisse a toujours été majeure, avec une insomnie rebelle. Conjointement, il existait un sentiment de préjudice important accompagné de méfiance. Le traitement a été difficile, avec peu d'amélioration, malgré des essais de changement de thérapeutique médicamenteuse, qui échouaient tous. L'amélioration que l'on pouvait constater en janvier 2016, et qui pouvait laisser espérer une reprise de travail à temps partiel ne s'est pas confirmée, et les symptômes se sont à nouveau rigidifiés. C'est pourquoi la reprise du travail n'a pas été possible avant que la proposition d'une prise en charge par l'AI soit effective, qui donnait à l'assuré le sentiment d'être entendu ».![endif]>![if> La Dresse B\_\_\_\_\_ a, sur demande de la chambre de céans, joint à son courrier le rapport qu'elle avait adressé à l'OAI le 15 janvier 2016. Dans ce rapport, elle avait retenu les diagnostics de

vertiges et troubles de l'équilibre depuis 1998, ne permettant pas la profession de ferblantier, symptômes dépressifs avec anxiété et troubles du sommeil importants, et syndromes physiques liés aux vertiges entraînant une diminution des activités. Elle a fixé à 100% le degré d'incapacité de travail depuis le 13 août 2014, précisant que l'assuré pourrait reprendre une activité à temps partiel. Elle a indiqué qu'une « réorientation professionnelle serait très bénéfique. Cela permettrait très probablement à l'assuré de se sortir du sentiment de préjudice qu'il a. La thymie s'est améliorée. Je pense qu'il est prêt ». 24. Le 6 mars 2017, l'assuré a communiqué à la chambre de céans une copie du rapport de réadaptation professionnelle relatif à un stage accompli du 10 octobre 2016 au 6 janvier 2017. Il a ainsi été constaté que « Durant la mesure, l'état psychologique de l'assuré a beaucoup freiné ses capacités et a rendu sa projection dans un avenir professionnel en adéquation avec ses limitations très difficile. La piste de la préparation de commande n'a pas pu être validée suite aux douleurs ressenties durant la journée de stage en entreprise et l'assuré nous a dit vouloir retenir la piste de la sécurité. En congés du 26 décembre au 03 janvier 2017 pour garder son enfant, votre assuré n'a pas repris sa mesure et ne nous a pas contactés pour nous en informer. Nous avons dû effectuer son bilan final du 05 janvier 2017 sans sa présence et avons convenu de l'inadéquation de la piste professionnelle d'agent de sécurité. De ce fait, aucune piste professionnelle adéquate n'est ressortie durant la mesure. Nous pensons toutefois qu'une piste d'agent de conditionnement serait à explorer pour voir si l'assuré parviendrait à augmenter son rendement et à retenir les consignes à travers des tâches simples et répétitives. Malheureusement cette piste professionnelle ne semble pas retenir l'attention de l'assuré actuellement, qui souhaite s'orienter vers des professions plus artistiques ». 25. Invité à se déterminer, l'assureur a indiqué les 10 et 13 mars 2017 qu'il persistait dans ses conclusions. 26. Le 16 mars 2017, l'assuré a également maintenu ses conclusions. 27. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. 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). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. 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 les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 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. c. La demande du 15 septembre 2016 doit donc être déclarée recevable. 2. 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).<sup>3</sup> Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'assuré a demandé le paiement d'allocations familiales pour son fils, D\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 2005.<sup>4</sup> Or, les ch. 5.1 et 5.2 des conditions générales d'assurance fixent l'objet de l'assurance comme suit : « Dans le cadre des dispositions ci-après et dans les limites des prestations fixées dans la police, ainsi que dans les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA), 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. L'assurance est une assurance de dommage ». Force est d'en conclure que les allocations familiales ne font pas partie du domaine de compétence de l'assureur, de sorte que la question ne peut être traitée dans le cadre du présent jugement. La demande est irrecevable sur ce point. Il appartiendra à l'assuré de s'adresser à la caisse d'allocations familiales compétente.

4. Le litige ne porte ainsi que sur le droit du demandeur au paiement de l'entier des indemnités journalières du 6 septembre 2015 au 31 août 2016. Il est en effet rappelé que l'assureur avait partiellement fait droit aux conclusions du demandeur et lui avait versé l'intégralité des indemnités journalières demandées entre le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et le 5 septembre 2015, soit le montant de CHF 20'798.20, ce dont la chambre de céans avait pris acte dans son arrêt du 22 mars 2016.<sup>5</sup> 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).<sup>6</sup> 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). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger

une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). 6. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). 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). 7. 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. 8.

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).

!endif>![if> Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la 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). 9. En l'espèce, l'assuré ne comprend pas pour quelle raison l'assureur ne lui a pas payé les indemnités journalières à 100%, mais à 30% seulement, alors qu'il était en arrêt de travail à 100% du 13 août 2014 au 31 août 2016. Il conclut dès lors à ce que l'assureur lui verse les 70% manquants du 5 septembre 2015 au 31 août 2016. 10. a. Il convient de distinguer deux périodes, celle allant jusqu'au 31 janvier 2016, et celle à compter de cette date. En effet, l'objet du litige et traité par la chambre de céans dans son arrêt du 22 mars 2016, portait sur le droit à des indemnités journalières du 6 septembre 2015 au 31 janvier 2016. b. Il y a lieu de rappeler s'agissant de la première période, que le 22 mars 2016, la chambre de céans, se fondant sur les conclusions de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ dont elle reconnaissait la valeur probante, avait considéré que c'était à bon droit que l'assureur avait réduit à 30% le montant des indemnités journalières dues à l'assuré et avait ainsi rejeté la demande de celui-ci sur ce point. Cet arrêt a certes fait l'objet d'un appel adressé par l'assuré au Tribunal fédéral, celui-ci l'a toutefois déclaré irrecevable pour défaut de motivation (arrêt du Tribunal fédéral 4A-203/2016 du 17 mai 2016). L'arrêt du 22 mars 2016 est, partant, entré en force de chose jugée, de sorte que la chambre de céans ne saurait se prononcer à nouveau sur le droit aux indemnités journalières de l'assuré pour la période du 6 septembre 2015 au 31 janvier 2016. La demande est irrecevable sur ce point. c. S'agissant de la seconde période, celle allant au-delà du 31 janvier 2016, s'il est vrai que la Dresse B\_\_\_\_\_ a continué à délivrer à l'assuré, chaque mois, des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail de 100%, ce jusqu'en août 2016, elle a toutefois indiqué, dans son rapport du 15 janvier 2016 adressé à l'OAI, qu'il pouvait reprendre une activité à temps partiel avec réorientation professionnelle, sa thymie s'étant améliorée. Le SMR a quant à lui confirmé le 11 mai 2016 que la capacité de travail était de 70%. Il importe de relever que l'assuré n'a pas fait valoir une aggravation de son état de santé. Aussi peut-on considérer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ du 28 mars 2015 restent d'actualité et retenir que l'incapacité de travail dans une activité adaptée est de 30%. L'assuré se plaint, certes, du fait qu'il n'a plus été reconvoqué par le médecin-conseil de l'assureur depuis l'examen subi à la Clinique romande de réadaptation de Sion le 26 mars 2015. Rien dans le dossier ne laissait toutefois penser que son état de santé s'était modifié depuis. On ne saurait dès lors reprocher à l'assureur, dans ces conditions, de ne pas avoir mis sur pied une nouvelle expertise. Interrogée par la chambre de céans sur l'évolution de l'état de santé de son patient, la Dresse B\_\_\_\_\_ a précisé que « l'amélioration que l'on pouvait constater en janvier 2016, et qui pouvait laisser espérer une reprise de travail à temps partiel ne s'est pas confirmée, et les symptômes se sont à nouveau rigidifiés. C'est pourquoi la reprise du travail n'a pas été possible avant que la proposition d'une prise en charge par l'AI soit effective, qui donnait à l'assuré le sentiment d'être entendu », lequel « présentait un syndrome anxio-dépressif, dans les suites de vertiges et de troubles de l'équilibre apparus dans l'exercice de sa

profession de ferblantier. L'angoisse a toujours été majeure, avec une insomnie rebelle. Conjointement, il existait un sentiment de préjudice important accompagné de méfiance ». Force est de constater que ces observations n'apportent rien de nouveau et ne permettent pas de conclure qu'il y ait eu aggravation de l'état de santé de l'assuré, au point que les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ ne seraient plus valables, même si l'on peut comprendre qu'il a été particulièrement difficile pour l'assuré d'attendre de pouvoir enfin accomplir un stage de réadaptation professionnelle dans le cadre de l'assurance-invalidité. Il y a également lieu de rappeler que la Dresse B\_\_\_\_\_ retenait déjà, à l'époque où l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ a été rendue, un taux d'incapacité de travail de 100%. d. La demande est dès lors rejetée sur ce point également. 11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).>> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

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