

## GE\_GERICHTE A/3714/2013 vom 20. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3714\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3714_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3714/2013 du 20 mai 2014

IT: GE\_GERICHTE A/3714/2013 del 20 maggio 2014

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.05.2014 A/3714/2013

A/3714/2013 ATAS/617/2014 du 20.05.2014 ( LCA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3714/2013  
ATAS/617/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 20 mai  
2014 2 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY  
demandeur contre MUTUEL ASSURANCES SA, sis Rue des Cèdres 5, MARTIGNY  
défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1965, a  
travaillé pour une banque sise à Genève. A ce titre, il bénéficiait d'une assurance collective  
d'indemnités journalières LCA maladie conclue par son employeur auprès d'Allianz suisse  
société d'assurances jusqu'au 31 décembre 2012, puis à compter du 1 er janvier 2013,  
auprès de Mutuel assurances SA (ci-après : l'assurance).! [endif]>! [if> 2. Le 19 juin  
2012, le contrat de travail de l'assuré a été résilié par son employeur avec effet au 31 mars  
2013. L'assuré a été en incapacité de travail totale à compter du 10 septembre 2012, selon la  
déclaration de son employeur du 23 octobre 2012.! [endif]>! [if> 3. Le 3 janvier 2013, le  
Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de  
l'assuré, a certifié que ce dernier était encore en incapacité totale de travailler du 1 er au 31  
janvier 2013.! [endif]>! [if> 4. Informée le 9 janvier 2013 de l'incapacité de travail de  
l'assuré, l'assurance s'est adressée à trois reprises, entre février et mars 2013, au Dr  
B\_\_\_\_\_ afin d'obtenir un rapport médical, sans succès.! [endif]>! [if> 5. Par courrier  
du 3 avril 2013, l'assurance a informé l'assuré qu'il ne bénéficierait plus de l'assurance  
collective d'indemnités journalières LCA maladie de son ancien employeur au-delà du 31  
mars 2013. Il avait toutefois la possibilité de maintenir la couverture d'assurance dès le 1 er  
avril 2013. L'assurance proposait une indemnité journalière de CHF 364,95 pour le risque  
maladie, versée après un délai d'attente de soixante jours, ce que l'assuré a  
accepté.! [endif]>! [if> 6. Le 8 mai 2013, l'assurance a convoqué l'assuré à une  
expertise médicale le 21 mai 2013, confiée au Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie  
et psychothérapie.! [endif]>! [if> 7. En date du 15 mai 2013, l'assuré a déposé une  
demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève  
(ci-après : l'OAI). A l'appui de sa demande, il invoquait des troubles psychiques dus à des  
mauvais traitements et à son licenciement après vingt-cinq années  
d'ancienneté.! [endif]>! [if> 8. Dans son expertise du 10 juin 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a  
posé les diagnostics d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif léger avec syndrome  
somatique, ayant une répercussion sur la capacité de travail, et de personnalité déviante,  
sans répercussion sur la capacité de travail. Le dossier médical à disposition du Dr C\_\_\_\_\_ contenait la demande de prestations du 15 mai 2013 adressée à l'OAI. Il a indiqué le  
contexte dans lequel intervenait l'expertise, selon l'assuré, et relaté son anamnèse et ses  
plaintes, soit un manque d'envie, une tendance à s'isoler, le fait d'être constamment

préoccupé, une tendance à la procrastination, un ralentissement psychique, des ruminations, de l'anxiété d'une manière plus marquée que d'habitude, de l'émotivité, de l'impulsivité, une réduction de la capacité à éprouver du plaisir, des difficultés à s'endormir. Le Dr C \_\_\_\_\_ a relevé chez l'assuré une anxiété tout au long de l'entretien et une certaine tristesse, non envahissante, étant précisé que les plaintes subjectives correspondaient à l'observation clinique et que son traitement devait être poursuivi afin de permettre la reprise du travail. Par ailleurs, l'évolution était favorable, ce qui était confirmé par le Dr B \_\_\_\_\_. Compte tenu de ces éléments, l'expert a retenu que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement en lien avec une forte anxiété, considérant que l'inactivité de l'assuré ne faisait que l'alimenter. Il a ainsi conclu à une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 juin 2013, afin de permettre de préparer la reprise de l'activité à 100% dès le 1 er juillet 2013.![endif]>![if> 9. Par courrier du 20 juin 2013, l'assurance a informé l'assuré que, sur la base de l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_, elle considérait que la reprise du travail à 100% était raisonnablement envisageable dès le 1 er juillet 2013 et qu'elle mettait un terme au versement des prestations au-delà du 30 juin 2013.![endif]>![if> 10. Par courrier du 20 août 2013, l'assuré a informé l'assurance qu'il était inscrit au chômage à compter du 1 er septembre 2013. Il a en outre demandé la résiliation de l'assurance d'indemnité journalière avec effet au 31 août 2013, dans la mesure où il était couvert par l'assurance-chômage à compter de son inscription. L'assurance a enregistré la résiliation par courrier du 28 août 2013.![endif]>![if> 11. Par pli du 6 septembre 2013 adressé au médecin-conseil de l'assurance, le Dr B \_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail totale de l'assuré s'était étendue jusqu'au 31 août 2013, en raison du courrier du 20 juin 2013 de l'assurance, lequel avait provoqué une réaction dépressive courte. Par ailleurs, il a relevé que le Dr C \_\_\_\_\_ avait évoqué une nature anxieuse de l'assuré, sans plus de précision, ce qu'il contestait. En effet, l'assuré présentait des traits de personnalité anxieuse qui se caractérisaient par des difficultés lors de changements de statut ou d'annonces administratives. Afin de ne pas nuire à la capacité de travail actuelle de l'assuré, il sollicitait que son appréciation soit prise en compte pour ne pas risquer une rechute dépressive et un prolongement de l'indemnisation.![endif]>![if> 12. Le 30 septembre 2013, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, a informé cette dernière que le courrier du 6 septembre 2013 du Dr B \_\_\_\_\_ ne contenait aucun élément médical nouveau permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_. Il n'y avait donc aucune raison de prolonger l'indemnisation de l'assuré au-delà du 30 juin 2013.![endif]>![if> 13. Par pli du 2 octobre 2013, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle maintenait sa position sur la base des constatations du Dr D \_\_\_\_\_.![endif]>![if> 14. Le 9 octobre 2013, le Dr D \_\_\_\_\_ a fait part à l'assurance d'un entretien téléphonique du même jour avec le Dr B \_\_\_\_\_. Ce dernier souhaitait que son rapport du 6 septembre 2013 soit d'avantage pris en considération. Toutefois, les indications fournies ne permettaient pas de s'écarter de l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_, dont il convenait de requérir l'avis.![endif]>![if> 15. Par courrier du 18 octobre 2013, le Dr C \_\_\_\_\_ s'est étonné de la critique du Dr B \_\_\_\_\_ dans la mesure où, lors de leur entretien téléphonique le 21 mai 2013, l'anxiété de l'assuré avait été discutée, sans qu'une divergence d'appréciation du cas n'apparaisse. Il a rappelé que lors de l'évaluation de l'assuré, il avait observé une forte anxiété, une tendance au perfectionnisme et à l'évitement dans des situations sociales trop « confrontantes ». Il n'avait aucun motif de revenir sur son appréciation, d'autant moins que le rapport du Dr B \_\_\_\_\_ du 6 septembre 2013 avait été délivré tardivement. De plus, la réaction de l'assuré engendrée par la réception du courrier

du 20 juin 2013 ne justifiait pas une incapacité de travail à 100% au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2013 et encore moins pour une période de deux mois. Une telle réaction était habituelle chez les patients présentant une forte anxiété dans les situations « confrontantes ».

16. Le 25 octobre 2013, l'assuré a pris contact avec l'assurance afin de requérir le versement des indemnités journalières des mois de juillet et août 2013. Par pli du 28 octobre 2013, l'assurance a accepté de lui verser, à bien plaisir, lesdites indemnités pour le mois de juillet 2013 uniquement.

17. Par courrier du 30 octobre 2013, l'assuré a requis de l'assurance qu'elle lui verse les indemnités journalières du mois d'août 2013. Son entretien avec le Dr C \_\_\_\_\_ n'avait duré qu'une heure, de sorte qu'il était incompréhensible que l'assurance se fonde sur son expertise, plutôt que sur l'avis du Dr B \_\_\_\_\_ qui le suivait depuis plus d'une année. Le courrier du 20 juin 2013 l'informant qu'il était apte à reprendre le travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, soit quelques jours plus tard, avait été un grand choc en raison de sa fragilité et de ses angoisses. Son travail avec le Dr B \_\_\_\_\_ lui avait permis de trouver les ressources pour s'inscrire au chômage le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Par ailleurs, l'OAI prenait à sa charge un coach qui le guidait et l'assistait pour la rédaction de son curriculum vitae.

18. Le 6 novembre 2013, l'assurance a refusé tout versement complémentaire et maintenu sa position, rappelant que les informations médicales en possession du Dr D \_\_\_\_\_ faisaient état d'une capacité de travail de 100% à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Par ailleurs, le versement des indemnités journalières du mois de juillet 2013 n'était intervenu qu'à bien plaisir.

19. Par projet de décision du 18 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré au motif que sa capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Ce projet n'ayant pas été contesté, l'OAI l'a confirmé par décision du 13 janvier 2014.

20. Le 20 novembre 2013, l'assuré a introduit une demande en paiement auprès de la chambre de céans. Il a conclu à ce que la défenderesse lui verse les indemnités journalières pour le mois d'août 2013. Depuis l'été 2012, il souffrait de solitude et de crises d'angoisse, en lien avec les difficultés rencontrées avec son ancien employeur et son licenciement. Il avait consulté son généraliste début septembre 2012, lequel lui avait prescrit des antidépresseurs. Ceux-ci ne faisant pas effet, il avait consulté le Dr B \_\_\_\_\_ à la mi-septembre 2012. Son ancien employeur ayant cessé de verser son salaire à la fin mars 2013, il avait conclu un contrat d'assurance perte de gain avec la défenderesse à partir du mois d'avril 2013. Cette dernière lui avait versé des indemnités journalières d'avril à juin 2013 et l'avait convoqué à une expertise médicale menée par le Dr C \_\_\_\_\_ le 21 mai 2013. Sur la base de l'expertise de ce dernier, la défenderesse avait considéré que la reprise totale du travail était raisonnablement exigible à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 et cessé le versement de ses prestations. Le choc de cette décision avait provoqué une nouvelle crise d'angoisse et une nouvelle incapacité de travail. Grâce au Dr B \_\_\_\_\_, il avait pu s'inscrire au chômage le 1<sup>er</sup> septembre 2013. En parallèle, il était pris en charge par un coach dont les prestations étaient financées par l'assurance-invalidité. Malgré son inscription au chômage, il n'avait pas encore dû effectuer de recherches d'emploi, les experts du chômage ayant considéré qu'il n'était pas encore prêt. La défenderesse avait refusé d'entrer en matière sur son incapacité de reprendre le travail dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, avant d'accepter de verser les indemnités journalières du mois de juillet 2013 mais de refuser leur versement pour le mois d'août.

A l'appui de sa demande, le demandeur a notamment produit une attestation du Dr B \_\_\_\_\_ datée du 3 janvier 2013. A teneur de ce document, le demandeur présentait un trouble psychiatrique induit par un licenciement brutal sans égard ni indemnité, précédé par un

traitement injuste. Ce trouble avait eu et avait encore de fortes conséquences dommageables sur sa capacité de travail. Son intégrité psychique avait été atteinte, tant dans le domaine professionnel que privé. 21. Dans sa réponse du 3 février 2014, la défenderesse a conclu au rejet de la demande avec suite de frais et dépens. L'expertise réalisée par le Dr C\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où elle respectait les réquisits jurisprudentiels. Les conclusions tardives du Dr B\_\_\_\_\_ ne pouvaient remettre en cause les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, par ailleurs confirmées par le Dr D\_\_\_\_\_ et l'OAI, dont les décisions n'avaient pas été contestées par le demandeur. 22. Dans sa réplique du 25 février 2014, le demandeur a persisté dans ses conclusions précisant pour le surplus que la valeur probante de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ ne pouvait être reconnue. Ses conclusions étaient hâtives et prises sans que la date de reprise du travail n'ait été discutée avec lui. Son généraliste et le Dr B\_\_\_\_\_ étaient mieux placés que l'expert pour juger de son état de santé. 23. A 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 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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). 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. 2 des conditions générales d'assurance valable au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (ci-après : CGA) le contrat est notamment régi par la LCA. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). 3. 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<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En vertu de l'art. 33 al. 2 CGA, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. En l'espèce, le domicile du demandeur est à Genève, de sorte que la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. 4. Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable. 5. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières pour le mois d'août 2013. 6. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, la procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige.

Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la preuve : ATF 129 III 18 consid. 2.6 et les références). 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 porter un jugement valable sur le droit litigieux (Arrêt du Tribunal fédéral 4A\_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). Au surplus, 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 (Arrêt du Tribunal fédéral 4C.386/2006 du 18 avril 2007 consid. 4.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle 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). Si, à l'issue de l'appréciation des preuves, le juge reste dans le doute, il ne doit appliquer l'art. 8 CC que s'il n'existe pas une règle spéciale de droit fédéral instituant une présomption (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Dès lors qu'il conclut qu'une preuve est apportée, le juge n'a plus à appliquer des règles sur le fardeau de la preuve, à l'exemple de l'art. 8 CC, ou des règles instituant des présomptions. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. 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 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration

ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATF 122 V 162 consid. 1d). 8. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (Arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires ( ATAS/1104/2006 du 5 décembre 2006). La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675/133 III 675 consid. 3.3). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; ATF 122 III 118 consid. 2a). 9. a) En l'espèce, la proposition d'assurance perte de gain maladie acceptée par le demandeur et valable entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 août 2013, prévoit une indemnité journalière en cas de maladie de CHF 364,95, le délai d'attente étant de soixante jours par cas. Les CGA, édition 2011, étaient jointes à la proposition et en faisaient partie, de sorte qu'elles sont applicables. Aux termes des CGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale (art. 3 ch. 5 CGA). L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 12 ch. 1 CGA). b) Pour mettre un terme aux indemnités journalières du demandeur dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, la défenderesse s'est notamment fondée sur l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été validées par le Dr D\_\_\_\_\_. Il en ressort que le demandeur souffrait d'anxiété généralisée et d'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique ce qui avait des répercussions sur sa capacité de travail. D'accord avec le Dr B\_\_\_\_\_, l'évolution était favorable, de sorte que la capacité de travail du demandeur était nulle jusqu'au 30 juin 2013 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Cette expertise fait état du contexte dans lequel intervient l'examen du demandeur, comporte une anamnèse et relate les plaintes de ce dernier, ainsi que les constatations objectives faites durant l'examen clinique conduit par le Dr C\_\_\_\_\_. En

outre, les diagnostics sont clairs et les conclusions convaincantes et motivées. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, elle est compatible avec la constatation que l'évolution de l'état de santé du demandeur était favorable, ce qui a été confirmé par son psychiatre traitant. Les critiques formulées le 6 septembre 2013 par ce dernier ne sauraient emporter la conviction de la chambre de céans, dans la mesure où le Dr B\_\_\_\_\_ a été consulté par le Dr C\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise, sans qu'il ne remette en cause son appréciation du cas ou ses diagnostics. Ainsi, à la lumière de la jurisprudence susmentionnée, la chambre de céans considère que cette expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. c) Pour sa part, le demandeur considère que la durée de l'examen par l'expert a été trop brève (environ une heure) pour que l'expertise soit pertinente. Le rapport ne spécifie pas la durée de l'entretien, mais, quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas là du seul élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (Arrêt du Tribunal fédéral I 746/05 du 30 mai 2006 consid. 2.3). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in: Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). De plus, s'il est souhaitable que la durée de l'entretien soit expressément mentionnée dans l'expertise, l'absence de cette indication n'est pas déterminante s'il n'existe aucun indice qui laisse supposer que le rapport d'expertise est lacunaire, ce qui est le cas en l'espèce (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_531/2007 du 3 juin 2008 consid. 2.2.4.). Ce grief donc doit être écarté. Le demandeur considère également que son médecin et son psychiatre traitants sont mieux à même de déterminer sa capacité de travail et à quelle date il doit reprendre le travail, compte tenu du fait qu'ils le suivent depuis le mois de septembre 2012. A la lumière des principes jurisprudentiels exposés précédemment, le demandeur ne peut être suivi dans son raisonnement. D'une part, l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ s'est vue reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où elle respecte les réquisits jurisprudentiels. D'autre part, la chambre de céans ne saurait s'appuyer sur les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_, comme le souhaite le demandeur. En effet, son courrier du 6 septembre 2013 ne contient pas d'anamnèse, de diagnostic clair ou de conclusion motivée et ne peut donc pas se voir reconnaître une valeur probante. En réalité, le Dr B\_\_\_\_\_ ne fait que substituer son raisonnement à celui de l'expert, sans indiquer en quoi son analyse devrait être privilégiée. Par ailleurs, compte tenu des explications complémentaires fournies par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son courrier du 18 octobre 2013, le fait que la réception du courrier de refus de prestation du 20 juin 2013 ait occasionné une incapacité de travail totale de deux mois ne paraît pas vraisemblable. En tous les cas, le versement, à bien plaisir, par la défenderesse des indemnités journalières du mois de juillet 2013 a largement permis de couvrir une éventuelle incapacité de travail allant au-delà du 30 juin 2013. d) S'appuyant sur les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, la chambre de céans considère que c'est à bon droit que la défenderesse a refusé de verser des indemnités journalières au demandeur pour le mois d'août 2013. 10. Mal fondée, la demande doit dès lors être rejetée. 11. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare la demande recevable. Au fond : 2. La rejette. 3. Dit qu'il

n'est pas alloué de dépens à la charge de Monsieur A\_\_\_\_\_.[endif]>[if> 4. Dit que la procédure est gratuite.[endif]>[if> 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.[endif]>[if> La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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