

GE_GERICHTE A/683/2010 vom 23. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_683_2010

FR: GE_GERICHTE A/683/2010 du 23 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/683/2010 del 23 maggio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.05.2013
A/683/2010

A/683/2010 ATAS/557/2013 du 23.05.2013 (LCA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/683/2010
ATAS/557/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 mai
2013 3ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LELLOUCH Michel demandeur
contre SWICA ORGANISATION DE SANTE, Madame Catherine DESCOMBAZ à la
Direction régionale de Lausanne, bd de Grancy 39, LAUSANNE défenderesse EN FAIT

1. Monsieur C _____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a été employé à compter du
1 er juillet 2007 par la société X _____ Sàrl pour un salaire annuel d'environ 132'000
fr. ![/endif]>![if> 2. Le 1 er septembre 2007, la société a assuré ses employés auprès de
SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après : l'assureur) pour une assurance accidents
collective. L'assuré était également affilié par un autre contrat couvrant la perte de gain pour
maladie.![endif]>![if> 3. Le 3 septembre 2007, l'assuré, chargé d'un fût de bière, a
chuté dans les escaliers qui le menaient à la cave du café dans lequel il travaillait. En raison
des fortes douleurs dorsales ressenties suite à l'accident, il a été mis en arrêt de travail et a
bénéficié d'indemnités journalières pour perte de gain à compter du 1er juin 2008.
![endif]>![if> 4. Au moment de l'accident, l'assuré travaillait comme gérant dans une
entreprise de distribution de produits alimentaires. Il a ensuite déménagé à Neuchâtel et
s'est associé dans une entreprise de restauration. Il s'occupait de la gestion des achats, de la
caisse et du paiement des fournisseurs.![endif]>![if> 5. A la demande de l'assureur,
l'assuré s'est soumis à l'examen du Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie
orthopédique. ![endif]>![if> Dans son rapport du 29 avril 2008, ce médecin a constaté,
notamment sur la base d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) effectué
le 25 février 2008, que l'assuré souffrait d'une hernie discale L2-L3, appuyant sur la partie
antérieure gauche du fourreau dural et entrant en conflit avec la racine L3 gauche, d'une
dégénérescence discale étagée de L1-L2 jusqu'à L5-S1 avec discopathies L1-L2 L4-L5 et
L5-S1, d'une tuméfaction de la racine L5 gauche ainsi que d'un rétrolisthésis de L4 grade I
sans lyse isthmique. Le Dr D _____ a relevé que la symptomatologie décrite par le
patient se situait à droite alors que les lésions mises en évidence par les clichés étaient
situées à gauche. Selon lui, les lésions mises en évidence étaient d'origine dégénérative et
par conséquent les plaintes - principalement des sciatalgies ou des pseudo-sciatalgies
droites – sans rapport de causalité avec les découvertes radiologiques. Néanmoins, le Dr
D _____ a admis que l'événement du 3 septembre 2007 avait aggravé un état
dégénératif préexistant et provoqué une douleur aiguë, dont la durée lui paraissait toutefois
trop longue vu le traitement instauré et le fait que ce dernier avait été bien suivi. Le médecin
a précisé qu'un choc direct sur une marche d'escalier pouvait provoquer des douleurs aiguës

du rachis pendant un laps de temps qu'il a évalué à six mois - suivant ainsi l'avis du Dr E_____ - , éventuellement huit dans le cas particulier. Selon le Dr D_____, le statu quo sine aurait ainsi dû être atteint six à huit mois après l'événement, vu l'absence de lésions traumatiques du rachis lombaire. En effet, l'examen des clichés ne mettait en évidence aucune lésion osseuse ou articulaire. Le médecin est arrivé à la conclusion qu'il serait exigible de l'assuré qu'il se déplace sur son lieu de travail et y effectue les travaux administratifs, quitte, si la position assise lui semblait trop douloureuse, à utiliser éventuellement un fauteuil plus haut (de type fauteuil de bar) afin de diminuer les charges sur la sangle abdominale; en revanche, le service en salle paraissait encore inadéquat eu égard aux douleurs décrites par le patient et au fait que le port de charges était contre-indiqué. De façon générale, le médecin a retenu comme limitations fonctionnelles les déplacements et le port de charges. Le médecin a émis l'hypothèse que la non-évolution du cas pouvait cacher un autre problème, peut-être d'ordre psychologique ou professionnel. Enfin, il a conclu à l'absence d'atteinte à l'intégrité dans la mesure où il n'y avait pas eu de lésion traumatique. 6. En novembre 2008, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de Y_____ en raison d'une dépression et d'un trouble affectif bipolaire. 7. Licencié avec effet au 30 novembre 2008, l'assuré a été informé par courrier de l'assurance du 28 avril 2009 que le versement des prestations cessait dès cette date et qu'il avait la possibilité de continuer à percevoir des allocations en concluant une police d'assurance d'indemnité journalière individuelle. 8. En avril 2009, l'assuré a été ré-hospitalisé à la Clinique de Y_____. 9. Le 5 mai 2009, l'assuré a requis son transfert en assurance individuelle. 10. Le 11 mai 2009, il a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI). 11. Par courrier du 25 mai 2009, l'assureur a fait parvenir à l'assuré sa nouvelle police, prévoyant le versement d'une indemnité journalière avec une couverture de 80% sur la base d'un salaire de 120'000 fr. - soit 263 fr. d'indemnité journalière - durant 720 jours sur une période de 900 jours, tous cas confondus. 12. L'assuré a été adressé par l'assureur au Centre d'expertises médicales de Nyon (CEMed), qui a rendu son rapport le 14 août 2009. L'expertise a été confiée aux Drs F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et G_____, spécialiste FMH en médecine interne. Les experts ont exclu toute invalidité sur le plan somatique, à l'exception d'une incapacité temporaire de travail pour une lombo-cruralgie avec syndrome radiculaire encore susceptible d'être traitée. Ils ont retenu comme limitations fonctionnelles le fait de devoir éviter les ports et transports répétitifs de charges de plus de 10 kg, les flexions du tronc, les positions inconfortables prolongées. Ils ont estimé que, dans ces conditions, la capacité de travail pouvait être estimée à 100 % immédiatement. Sur le plan psychique, les experts ont constaté une abstinence par rapport à l'alcool et un trouble bipolaire en rémission qui les a conduits à conclure à une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement sur ce plan également. 13. L'assurance a versé à l'assuré les indemnités journalières convenues jusqu'au mois d'octobre 2009. Elle y a mis fin avec effet au 1er novembre 2009, date à compter de laquelle elle a considéré que l'assuré avait recouvré sa capacité de travail. 14. Par courrier du 18 novembre 2009, l'assurance a expliqué à son assuré que les versements effectués postérieurement au 31 août 2009 étaient dus à une erreur de sa part mais qu'elle renonçait à en demander le remboursement. 15. Par courrier du 1er décembre 2009, l'assuré a produit les documents suivants : - un rapport rédigé le 5 octobre 2009 par le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, précisant que l'assuré souffre, la plupart du temps, d'une

symptomatologie dépressive ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool, abstinent depuis avril 2009, qu'il n'a pas remarqué de trouble de l'humeur de type hypomaniaque mais qu'en revanche, le patient lui a expliqué que, depuis plusieurs années, il souffre d'un trouble de l'humeur avec des périodes dépressives sévères alternant avec des périodes hypomanes; le médecin, se basant sur les données anamnestiques et le tableau clinique, retient les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; s'agissant de l'expertise du CEMed, le médecin admet ne pas être en mesure de contester les conclusions du Dr F _____ car l'assuré ne l'a pas consulté du 24 avril au 25 juin 2009 ; le médecin ajoute que son patient ne se sent pas apte à reprendre une activité professionnelle et que le tableau clinique justifie une incapacité de travail à 100 % ; [endif]>[if> - _____ un rapport rédigé le 6 novembre 2009 par le Dr I _____, spécialiste FMH en rhumatologie, retenant les diagnostics suivants : lombalgies et lombopygialgies sur discopathies dégénératives importantes avec altération péridiscale au niveau L4-L5, rétrolisthésis dégénératif, status post-laminectomie L5-S1 gauche à deux reprises, status post-opération d'un kyste du pied gauche, status post-fracture de la cheville gauche traité conservativement, hypertension artérielle traitée, état anxio-dépressif traité et tendinopathie du sus-épineux bilatéral avec arthropathie acromio-claviculaire et ébauche d'éperon acromial inférieure ; le médecin précise que l'assuré souffre depuis 2007 d'une récurrence des lombalgies et, parfois, de sciatalgies à bascule sur le territoire L5 ; les douleurs sont apparues progressivement, avec une invalidation lors de la marche ou de la mise en route le matin ; le patient souffre également des épaules où une tendinopathie du sus-épineux a été mise en évidence, ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire et des épérons au niveau acromial inférieur ; selon le médecin, les discopathies et troubles dégénératifs ainsi que le listhésis expliquent bien les lombalgies dont se plaint son patient ; s'y ajoutent une périarthrite de la hanche, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une arthrose acromio-claviculaire ; le médecin conclut que l'assuré ne peut plus lever de charges, qu'il ne peut plus non plus parcourir de grandes distances à pied et qu'avec tous les problèmes qu'il rencontre sur les plans somatique et psychique, il ne peut reprendre un travail, ni lourd ni léger. [endif]>[if> 16. Par courrier du 15 décembre 2009, l'assurance a informé l'assuré qu'elle persistait dans sa position, ce qu'elle a répété par courrier du 27 janvier 2010. [endif]>[if> 17. Le 22 février 2010, l'assuré a saisi le Tribunal des assurances sociales - alors compétent - d'une demande en paiement dirigée contre SWICA ORGANISATION DE SANTE. [endif]>[if> Le demandeur conclut à la mise sur pied d'une expertise médicale visant à déterminer sa capacité de travail et à ce que lui soit reconnue une totale incapacité depuis le 1er juin 2008 et jusqu'à épuisement de son droit aux indemnités journalières. Le demandeur relève que les médecins du CEMed ont admis que l'IRM effectuée en juin 2009 montrait une augmentation de sa hernie et s'étonne dès lors que l'expertise du 14 août 2009 puisse conclure formellement à une capacité totale de travail dans une activité adaptée, alors même qu'il y a eu péjoration de son état de santé sur le plan somatique depuis l'expertise du 29 avril 2008, qui concluait à une totale incapacité. Le demandeur en tire la conclusion qu'une expertise supplémentaire est dès lors nécessaire pour éclaircir sa situation. Au surplus, le demandeur soutient que le rapport du CEMed ne peut être considéré comme une expertise au sens propre puisqu'il n'a été interpellé ni sur le libellé des questions ni sur le choix de l'expert. Le demandeur relève au surplus que l'assurance, après lui avoir annoncé par courrier du 25 août 2009 qu'elle mettrait fin aux prestations à la fin du mois, a pourtant continué à les lui verser en septembre et octobre 2009. 18. Par écriture complémentaire du

15 mars 2010, le demandeur a produit un rapport médical du Dr I_____ du 5 mars 2010 faisant mention d'une aggravation de son état et posant trois diagnostics supplémentaires, à savoir : protrusion discale foraminale et extra-foraminale, entésopathie sur la péri-hanche gauche et discopathie protrusive.![endif]>![if> 19. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 15 avril 2010, a conclu au rejet de la demande. ![endif]>![if> Elle relève que les spécialistes du CEMed ont déjà constaté l'existence d'un syndrome radiculaire. La défenderesse souligne que, dans son rapport du 29 avril 2008, le Dr D_____ estimait déjà que la durée de l'évolution semblait trop longue et qu'il partageait l'avis du Dr E_____ d'admettre un statu quo sine de six mois, éventuellement prolongé de deux mois dans le cas particulier. Elle ajoute que le CEMed a quant à lui constaté que la situation ne justifiait pas une invalidité permanente, tout au plus une incapacité temporaire de travail pour une lombo-cruralgie avec syndrome radiculaire encore susceptible d'être traitée. Qui plus est, dans une activité adaptée - c'est-à-dire permettant d'éviter le port répétitif de charges supérieures à 10 kg, les flexions du tronc et les positions incommodes prolongées -, la capacité de travail pourrait être considérée comme totale. La défenderesse soutient que les appréciations des Drs I_____ et H_____ ne permettent pas de remettre en question celle du CEMed. A cet égard, elle relève que le Dr I_____ ne s'est pas prononcé sur cette expertise et qu'il a d'ailleurs réservé un pourcentage de travail résiduel encore possible. Quant au Dr N_____, généraliste, il n'a pas motivé les arrêts de travail postérieurs à la suspension des prestations. Enfin, le psychiatre traitant a admis ne pouvoir contester les conclusions du CEMed puisque, durant la période considérée, l'assuré ne s'est pas présenté à son cabinet. 20. Le 11 mai 2010, le demandeur a répliqué en persistant dans ses conclusions et en produisant à l'appui de ses dires des rapports supplémentaires. ![endif]>![if> 21. Ont également été versés au dossier : ![endif]>![if> - un rapport de radiologie du 11 février 2010 du Dr J_____, concluant à l'absence de signes de compression radiculaire ou médullaire à l'étage cervical et à une discopathie faiblement protrusive en D7-D8 et D9-D10 sans compression médullaire associée ;![endif]>![if> - un courrier du Dr K_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 28 avril 2010, indiquant qu'il ne voyait pas de sanction chirurgicale s'agissant d'un syndrome douloureux très diffus variant d'ailleurs dans le temps, radiologiquement, il y avait bien des troubles dégénératifs mais non compressifs, non indicatifs d'une instabilité macroscopique et non inflammatoires ; la seule atteinte potentiellement symptomatique serait une éventuelle récurrence de la hernie discale L4-L5 gauche mais il n'y avait pas d'indice net dans ce sens ;![endif]>![if> - un rapport de radiographie du Dr L_____, du 3 mars 2010, indiquant une régression de la protrusion irrégulière postéro-latérale gauche sans compression radiculaire, une protrusion discale foraminale et extra-foraminale gauche en L3-L4 avec un probable conflit avec la racine L3 gauche, une discarthrose et l'absence d'arguments pour une récurrence de compression radiculaire du côté gauche ;![endif]>![if> - un bref préavis médical du Dr M_____, médecin conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), du 19 mars 2010, faisant mention de "différents problèmes, dépression mais surtout physiques, douleurs, port de charges non supérieures à 5 kg" et concluant à une totale incapacité de travail à réévaluer ultérieurement.![endif]>![if> 22. Le 16 juillet 2010, la défenderesse a dupliqué en persistant dans ses conclusions. ![endif]>![if> Elle se réfère à l'avis du Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du CEMed qui, en date du 28 juin 2010, après avoir examiné le dernier rapport d'IRM, a émis l'avis qu'il n'apportait rien de nouveau puisque la hernie en L2-L3 était déjà présente en février 2008 et

avait déjà grossi. Le Dr G _____ a précisé que c'est la localisation - et non le volume - d'une hernie discale qui est déterminante pour apprécier sa gravité. Quant aux douleurs cervicales, il a relevé que le Prof. K _____ était arrivé aux mêmes conclusions. Enfin, s'agissant de l'avis du Dr M _____, le Dr G _____ a rappelé que ce dernier, en sa qualité de médecin-conseil de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE), a tenu compte du fait qu'un poste de travail adapté ne serait pas forcément disponible sur le marché de l'emploi, ce dont n'a pas à tenir compte la défenderesse. 23. Par écriture du 13 août 2010, le demandeur a persisté dans ses conclusions en alléguant que les médicaments qu'il prend (antidépresseurs et anti-inflammatoires) lui paraissent incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. 24. Par écriture du 25 août 2010, la défenderesse a quant à elle fait valoir une nouvelle fois que l'avis du Dr M _____ ne saurait l'emporter sur les conclusions des spécialistes en rhumatologie et psychiatrie du CEMed. 25. Par écriture spontanée du 25 novembre 2010, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. 26. Par ordonnance du 29 juin 2011, la Cour de céans a ordonné la production du dossier constitué par l'OAI de Genève. Il s'est finalement avéré que c'était l'OAI de Neuchâtel qui était en charge du dossier de l'assuré. L'apport du dossier en question a été ordonné par ordonnance du 2 août 2011 et un délai au 19 septembre 2011 a été accordé aux parties pour le consulter. 27. Le dossier de l'OAI de Neuchâtel versé à la procédure comportait notamment les éléments suivants : - un rapport du Dr H _____ du 8 mai 2009 concluant à un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et à une totale incapacité de travail depuis le 23 octobre 2008 en raison de troubles de la concentration et de la mémoire, d'une désorganisation, d'un dysfonctionnement dans la gestion, d'une fatigue, d'un manque d'énergie ; le médecin faisait état d'une symptomatologie dépressive sévère (tristesse, anhédonie, fatigabilité, démotivation totale, absence d'intérêt et de plaisir, alcoolisme, idées suicidaires) ; - un rapport du Dr N _____ du mois de mars 2009 concluant à des dorsolombalgies, à un état dépressif, à une obésité et à un trouble bipolaire conduisant à une totale incapacité de travail depuis septembre 2007. - un second préavis médical du Dr M _____, du 11 octobre 2010, concluant sans autres précisions à une totale incapacité de travail probablement définitive ; - une décision de l'OAI de Neuchâtel du 24 juin 2011, refusant à l'assuré une allocation pour impotent, aucune atteinte à la santé n'ayant été mise en évidence ; - un projet de décision de l'OAI du 24 juin 2011, refusant à l'assuré toute prestation au motif qu'aucune raison médicale n'entravait l'exercice de son activité professionnelle habituelle, hormis le fait de devoir éviter le port répété de charges. 28. Le demandeur, par écriture du 19 septembre 2011, a estimé que le dossier de l'OAI n'apportait aucun élément nouveau à la procédure, puisqu'il ne faisait que se fonder sur le rapport du CEMed. Il a précisé s'être opposé à ce projet et être dans l'attente d'une décision formelle de l'OAI. 29. Quant à la défenderesse, par écriture du 6 septembre 2011, elle a relevé que l'OAI se proposait de refuser l'octroi de prestations au motif qu'aucune atteinte à la santé n'avait été mise en évidence. 30. Le Dr M _____, interrogé par la Cour de céans, a répondu en date du 4 juin 2012 que lorsqu'il intervient comme médecin-conseil de l'OCE, il reçoit la personne à son cabinet durant environ trente minutes. C'est sur la base de cet entretien et des renseignements médicaux complémentaires du médecin-traitant - si ce dernier a bien voulu les lui faire parvenir - qu'il rend son préavis. Cette évaluation médicale ne fait en aucun cas office d'expertise médicale. Il s'agit d'une

appréciation globale de l'état de santé de la personne et d'une évaluation quant à son éventuel retour à la capacité de travail par rapport au délai concernant la fin de ses droits aux prestations en cas d'incapacité de travail de longue durée. S'agissant plus particulièrement de l'assuré, le médecin-conseil a indiqué n'avoir pu retrouver son dossier et ne pouvoir donc donner plus de détails. Il n'a ainsi pu répondre à la demande de la Cour de céans qui lui demandait de motiver la position qu'il avait adoptée le 11 novembre 2010 de manière plus détaillée.![endif]>![if> 31. Par écriture du 8 juin 2012, le recourant en a tiré la conclusion que le médecin-conseil ne se contentait donc pas de valider un avis médical du médecin-traitant mais se livrait bien à sa propre appréciation de l'état de santé du chômeur. ![endif]>![if> 32. La défenderesse ne s'est quant à elle pas déterminée.![endif]>![if> 33. A la demande de la Cour de céans, l'OAI lui a transmis, par courrier du 14 décembre 2012, la suite de son dossier, comprenant notamment les éléments suivants : ![endif]>![if> - un avis émis le 17 janvier 2012 par le Dr O_____, du SMR, concluant que les rapports des rhumatologues et psychiatre traitants n'apportaient pas d'éléments nouveaux par rapport à l'expertise du CEMed, leurs indications se basant principalement sur les plaintes de l'assuré et ne tenant pas compte de la discordance relevée entre celles-ci et les constats objectifs, discordance pourtant relevée tant par les médecins du CEMed que par le Dr P_____ et par le Prof. K_____ ; le médecin du SMR concluait qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle, hormis du 3 septembre 2007 au 30 avril 2008 et du 23 octobre 2008 au 8 juin 2009 ; ![endif]>![if> - un rapport rédigé le 24 novembre 2011 – transmis par le conseil de l'assuré à l'OAI en février 2012 – faisant état d'une aggravation suite à un nouvel accident (de la route) survenu en août 2011, sous forme d'une recrudescence des lombosciatalgies, de cervicalgies et d'une fracture d'un métatarse du pied gauche ;![endif]>![if> - une note de travail dont il ressort que c'est suite à la production d'un rapport du Dr I_____ faisant état d'un nouvel accident survenu en août 2011 que l'OAI a décidé de reprendre l'instruction et de soumettre à nouveau le cas à son service médical régional (SMR) ; ![endif]>![if> - un nouvel avis du SMR, du 10 septembre 2012, tirant la conclusion que ces nouvelles circonstances ne permettaient plus d'exclure avec certitude une aggravation de l'état de santé et suggérant de solliciter le dossier de l'assureur-accident concerné avant de décider de la suite à donner ; ![endif]>![if> - une décision du 13 décembre 2012 ordonnant la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.![endif]>![if> 34. Par écriture du 25 janvier 2013, la défenderesse a rappelé que seules étaient litigieuses les indemnités journalières du 1er novembre 2009 au 20 mai 2010 – date de l'épuisement théorique du droit aux prestations, et que l'accident survenu en août 2011 et l'aggravation de santé consécutive n'étaient dès lors pas des éléments pertinents. ![endif]>![if> 35. Quant au demandeur, il a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que 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). ![endif]>![if> Depuis le 1 er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice,

laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). L'assurance en cause en l'espèce 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 avec l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106 consid. f). Partant, il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie. La compétence *ratione materiae* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LCA a subi des modifications. La nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353), est entrée en vigueur le 1er janvier 2006, respectivement le 1er janvier 2007. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, à savoir postérieurement au 1er janvier 2007 (cf. ATF 130 V 446 consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 3. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi fédérale sur les fors en matière civile du 24 mars 2000 (LFors ; RS 272). En l'occurrence, le demandeur étant domicilié à Genève, la compétence de la Cour de céans est également établie *ratione loci*. 4. Enfin, on relèvera que la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. Par conséquent, la demande est également recevable à la forme. 5. Le litige porte sur le droit du demandeur à une indemnité journalière durant l'intégralité de la période prévue par le contrat, jusqu'à l'épuisement théorique de son droit, c'est-à-dire du 1er novembre 2009 - lendemain du jour où la défenderesse a cessé le versement - au 20 mai 2010. 6. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA). En introduisant cet allègement de procédure, le législateur s'est inspiré des dispositions de droit fédéral motivées par des buts de politique sociale en matière de baux à loyer (art. 274d CO), de baux à ferme (art. 301 CO) et de contrats de travail (art. 343 CO; ATF 127 III 421 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de contrat de travail et de bail, 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 p. 238). Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, 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 (ATF non publié 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 ss consid. 3, ATF non publié 4A_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1). 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/bb et cc). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999). Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par le rapport de l'expert, qu'il doit apprécier en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. S'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 129 I 49 consid. 4; ATF 128 I 81 consid. 2; ATF 122 V 157 consid. 1c). De tels motifs déterminants existent notamment lorsque l'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination ultérieure de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 52 consid. 2; ATF 101 Ib 405 consid. 3b/aa; ATF 101 IV 129 consid. 3a in fine). Si, en revanche, les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes (ATF 118 Ia 144 consid. 1c; ATF non publié 4D_8/2008 du 31 mars 2008, consid. 3.2.1). 7. Ainsi que le rappelle la défenderesse, l'art. 9 de ses conditions générales (CGA) précise qu'est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle de l'aptitude 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 la santé physique ou mentale. En l'espèce, se basant sur l'avis du CEMed, la défenderesse a considéré que le demandeur avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à compter du 31 août 2009. Par erreur, elle a toutefois continué à verser à l'assuré des prestations jusqu'au 31 octobre 2009, prestations au remboursement desquelles elle a toutefois expressément renoncé. Il convient d'examiner si c'est à juste titre que la défenderesse, se basant sur les conclusions des médecins du CEMed, a conclu à une pleine capacité de travail à compter de septembre 2009, ce que le recourant conteste. Certes, les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un

médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'ait interpellé l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui ait donné l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge. Tel est le cas en l'espèce. Les Drs F_____ et G_____ ont relaté, dans l'anamnèse, que, suite à son premier accident, l'assuré avait augmenté de façon très importante sa consommation d'alcool et que les symptômes dépressifs s'étaient amplifiés sous forme d'épuisement physique, de désespoir, d'irritabilité, d'idées noires, de pleurs, de tristesse, de troubles de l'appétit et du sommeil, raison pour laquelle il avait été hospitalisé une première fois à la Clinique de la Métairie. L'évolution avait été favorable, avec une nette diminution d'intensité des symptômes dépressifs, une disparition des idées suicidaires, une diminution des idées noires et une totale abstinence à la sortie de l'assuré. En avril 2009, il y avait eu recrudescence des idées noires et augmentation de la tristesse sans rechute alcoolique ni augmentation des épisodes euphoriques. L'assuré avait toutefois été ré-hospitalisé durant trois semaines à la Métairie, à titre préventif. Les médecins du CEMed ont relaté que l'assuré se plaignait désormais d'une lombo-cruralgie bilatérale - plus intense à gauche et exacerbée par les mouvements du tronc, les manœuvres de Valsalva et les positions statiques prolongées - ainsi que d'une fluctuation de l'humeur. Sur le plan psychique, les médecins ont relevé qu'il y avait un problème dont l'origine semblait remonter à mars 2010, date du décès du père de l'assuré. Depuis lors, persistait une fluctuation entre euphorie et tristesse. Ces symptômes s'étaient aggravés après l'accident mais il y avait eu une nette amélioration après l'hospitalisation à la Métairie. L'évolution avait été positive suite à la seconde hospitalisation. Il a été relevé que l'assuré était abstinent depuis novembre 2008 après avoir eu une consommation d'alcool abusive et récurrente entre 2007 et 2008. Le premier épisode d'euphorie était apparu en 2007 mais n'avait pas empêché l'assuré de poursuivre son activité professionnelle (le diagnostic d'épisode maniaque ne pouvait être retenu en l'absence d'hallucinations, d'idées délirantes ou de conduite à risque). L'assuré continuait de décrire des moments d'euphorie mais beaucoup moins importants qu'en 2008. La tristesse était fluctuante mais ni profonde, ni accompagnée de pleurs ou de d'idées suicidaires. Il n'y avait que très peu d'idées noires, peu envahissantes. Les médecins ont conclu que les éléments objectifs anamnestiques et l'observation clinique parlaient en faveur d'une absence de symptômes hypomanes. Quant aux symptômes dépressifs, ils étaient insuffisants pour justifier un diagnostic d'épisode dépressif (pas d'effondrement de l'humeur, ni d'idées noires, ni d'idées suicidaires, ni de pleurs, ni d'angoisse, ni de troubles cognitifs, intérêt et plaisir préservés dans certaines activités, tristesse peu profonde). Sur le plan somatique, les experts ont pratiqué une nouvelle IRM, qui a permis de retenir les diagnostics suivants : discopathie dégénérative en L2-L3 associée à une petite hernie discale médiale sans sténose ni arthrose, discrète discopathie dégénérative en L3-L4 avec petite asymétrie et minime protrusion discale foraminale gauche sans sténose et avec une ébauche d'arthrose, discopathie dégénérative importante en L4-L5 avec altération périscale, minime rétrolisthésis sans hernie discale ni sténose et, enfin, discarthrose importante en L5-S1 sans récurrence de hernie. Le CEMed a conclu que l'IRM pratiquée en juin 2009 était superposable à celle du 25 février 2008 ; la seule différence consistait en l'augmentation de volume de la hernie discale en L2-L3 pouvant expliquer les modifications de la symptomatologie et des constatations objectives. Sur ce point en particulier, le Dr G_____ a expliqué que

c'est la localisation - et non le volume - d'une hernie discale qui est déterminante pour apprécier sa gravité. Il ressort de ce qui précède que, contrairement à ce que soutient le demandeur, l'appréciation des médecins du CEMed apparaît suffisamment motivée. Leurs conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de leurs examens. Leur rapport d'expertise ne contient, en outre, ni contradictions, ni défauts manifestes. Les médecins du CEMed ont expliqué de manière convaincante les raisons qui les conduisaient à exclure toute invalidité sur le plan somatique, à l'exception d'une incapacité temporaire de travail pour une lombo-cruralgie avec syndrome radiculaire encore susceptible d'être traitée. Quant aux limitations fonctionnelles qu'ils ont retenues, force est de constater que ce sont les mêmes que celles mentionnées par le Dr D_____. Il est vrai que le Dr I_____ a évoqué un nouveau diagnostic - celui de tendinopathie du sus-épineux bilatéral avec arthropathie acromio-claviculaire - mais ce diagnostic n'entraîne pas de limitations fonctionnelles supplémentaires puisque l'abduction de 180° des épaules reste possible. Il n'y a donc aucune raison de considérer que l'affection des épaules est handicapante dans l'activité déployée par l'assuré au point de justifier une incapacité de travail durable. Quant à l'incapacité de travail attestée par le Dr N_____, elle n'est aucunement motivée, pas plus que celle du Dr M_____, lequel a d'ailleurs expressément admis que son examen ne constituait qu'une simple évaluation médicale, pas suffisamment approfondie pour se voir reconnaître la qualité d'expertise. Ce médecin n'a d'ailleurs pu donner d'indications précises sur les motifs qui l'ont conduit à prendre ces conclusions. On l'a vu, les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige. Tel était d'ailleurs également le sentiment des médecins du SMR de l'AI, qui n'ont finalement décidé de procéder à une instruction complémentaire qu'en raison du fait nouveau qu'a constitué le nouvel accident dont a été victime le demandeur, accident sans incidence dans le présent litige puisqu'intervenu bien après la fin de la période litigieuse. En conséquence, les mesures d'instruction réclamées par le demandeur sous forme de nouvelle expertise, s'avèrent superflues, d'autant que l'état de santé de l'assuré a évolué depuis la période litigieuse - dont il convient de rappeler qu'elle se limite au 20 mai 2010 - puisqu'il a été victime d'un accident de la circulation en août 2011. Outre qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire, il n'est pas évident que l'expert serait à même de définir exactement et a posteriori la capacité de travail de l'assuré telle qu'elle pouvait se présenter au printemps 2010. C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). Tel est le cas en l'espèce. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande est rejetée. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare la demande recevable. [endif]>![if> Au fond : 2. La rejette. [endif]>![if> 3. Dit que la procédure est gratuite.![endif]>![if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000

Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF. Selon l'art. 74 LTF, dans les affaires pécuniaires, le recours n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 francs (al. 1). Même lorsque la valeur litigieuse n'est pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (al. 2). 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 Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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