

# **NE\_GERICHTE CC.2006.89 vom 30. Juni 2010**

NE Tribunal cantonal, 2010-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CC.2006.89](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CC.2006.89)

FR: NE\_GERICHTE CC.2006.89 du 30 juin 2010

IT: NE\_GERICHTE CC.2006.89 del 30 giugno 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l'article 8 CPCN , le tribunal saisi d'une contestation qui est de la compétence d'un tribunal d'un autre ordre ou de celle de l'autorité administrative est tenu de suppléer d'office ce moyen (al.1) et les parties peuvent décliner sa compétence jusqu'à fin de cause (al.2), le tribunal qui décline sa compétence devant indiquer dans son jugement le tribunal ou l'autorité qu'il tient pour compétente (al.3). Aux termes de l'article 161 al.1 litt.a CPCN , sont proposés d'entrée de cause et cumulativement avant tout débat au fond, sous peine de péremption, les moyens qui se rapportent à la compétence du juge saisi. Les moyens que le juge doit suppléer d'office sont réservés (art.161 al.2 CPCN ), tel étant le cas pour ce qui concerne la compétence du tribunal saisi (art.8 al.1 CPCN ). L'exception d'incompétence à raison de la matière peut être formulée par les parties jusqu'à fin de cause, le juge étant tenu de suppléer d'office ce moyen ( Bohnet , CPCN commenté, 2ème éd., Bâle, 2005, no 1, p.263). En l'espèce, la défenderesse soulève un déclinatoire de compétence. Elle estime en effet que le présent litige ne relève pas de la compétence d'une des Cours civiles du Tribunal cantonal, mais de celle d'un tribunal de district.

### **E. 2**

La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) précise à son article 85 que les cantons doivent prévoir une procédure simple et rapide pour les contestations relatives aux assurances complémentaires relatives à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal. L'article 43 al.1 de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du

### **E. 4**

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, qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 133 V 450 ,

cons.11.1.3; 125 V 351 , cons.3a).

## E. 5

a) En l'espèce, X. a été soumis à une expertise psychiatrique mise en œuvre par la Cour de céans et confiée au Dr P., à Genève. Ce dernier n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et a attesté d'une pleine capacité de travail durant la période litigieuse. Il a repris et discuté les avis des autres médecins. Le cas de X. a ensuite fait l'objet d'une appréciation étayée. A ce titre, l'expert a notamment précisé ce qui suit : "(...), on peut affirmer avec assurance l'absence de troubles mentaux chez X. en dehors d'un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive, d'intensité légère, qui laisse intact à 80 % la capacité de travail proposée par le Dr S. (01.04.2004), dont la présence n'est pas validée dans l'expertise actuelle, et qui s'est rapidement transformé en une source féconde de problèmes assecurologiques dont le but est l'octroi d'une rente. En effet, l'évaluation approfondie actuelle, comprenant l'histoire générale de X., son anamnèse médicale, l'étude de deux rapports d'expertise psychiatrique dont il fut l'objet, l'appréciation des différents diagnostics proposés et l'examen clinique, permettent de certifier qu'il n'existe pas de trouble dépressif majeur ni de trouble dépressif récurrent ni de dysthymie (dépression chronique) ni de troubles anxieux ni de troubles psychotiques ni de trouble de la personnalité. Malheureusement, X., comme signalé par son médecin traitant, le Dr M. (13.01.2003), n'a pas encaissé son licenciement et s'est progressivement empêtré dans un imbroglio professionnel (destitution), familial (perte de sa femme) et financier (dettes)", qui a mobilisé une cohorte de médecins qui ont posé de nombreux diagnostics et établi plusieurs traitements, sans pour autant que les troubles dont se plaint le patient disparaissent ou pour le moins s'améliorent, apr. quatre ans de soins! Comme mentionné, aucun de ces diagnostics n'a pu être validé par l'expertise actuelle. X., cité par le Dr C., dit "être enfermé dans un rond-point dont il ne peut pas sortir et qui est balisé par les problèmes assecurologiques, les problèmes d'impôts, les problèmes de divorce et les problèmes de travail". Selon le Dr C., il laisse entendre que si ces problèmes trouvaient leur solution, tout irait bien." Cette appréciation repose sur une description détaillée de l'anamnèse et du dossier médical. S'agissant des reproches formulés par le demandeur qui fait valoir que l'anamnèse est entachée de nombreuses erreurs, on soulignera que les erreurs relevées portent sur des faits d'importance secondaire et n'entament pas sérieusement la valeur probante du document. L'expert a en outre pris en considération les plaintes exprimées par le demandeur. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le Dr P. s'étant notamment prononcé de manière explicite sur l'état de santé du demandeur durant la période litigieuse. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Enfin – ayant en particulier discuté les opinions émises par les divers médecins et experts s'étant prononcés sur l'état de santé du demandeur avant lui, en précisant pour quelles raisons il se ralliait ou non à leur appréciation – ses conclusions sont dûment motivées et convaincantes. Il apparaît ainsi que ce rapport est conforme aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des pièces médicales (cons.4). b) Que les médecins traitants (Dr M., Dr I., Dr A.) ne partagent pas le point de vue de l'expert ne suffit pas à battre en brèche cette valeur probante. A 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 cons.4), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire à celle-ci. 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 question les conclusions de l'expertise (arrêt du TF du 23.05.2007 [I\_533/2006] cons.5.3 et les références). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Outre le fait que l'appréciation de l'incapacité de travail par les médecins traitants doit être relativisée, dans la mesure où ceux-ci sont généralement enclins, en raison de la relation de confiance qui les unit à leurs patients, à prendre parti pour eux en cas de doute (ATF 125 V 351 cons.3b/cc et les références), il faut également mentionner ce qui suit. Le Dr M. considère que le demandeur n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison d'un état dépressif (certificats médicaux des 8 novembre et 3 décembre 2003). Dans la mesure où son appréciation se fonde, dans une très large mesure, sur les plaintes et les indications – non étayées par des observations médicales concluantes – du demandeur, sa valeur probante doit fortement être relativisée, ce d'autant plus que ce praticien n'est pas un spécialiste en psychiatrie. Quant aux rapports du Dr I., trop sommairement motivés, ils ne permettent pas non plus de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Enfin, le Dr A., qui a commencé à suivre le demandeur à partir de mars 2006, ne se prononce pas sur la capacité de travail du demandeur pour la période litigieuse (rapport du

## **E. 8**

mai 2006). Dans son rapport du 20 février 2009, il indique pouvoir "affirmer que le diagnostic B", soit celui de troubles dépressifs récurrents, existait au moment de la période litigieuse, alors qu'il précise dans la phrase précédente qu'il ne peut pas se prononcer sur le trouble dépressif. Ces éléments contradictoires ne permettent ni de déterminer le diagnostic, ni de connaître l'influence éventuelle de celui-ci sur la capacité de travail du demandeur durant la période litigieuse. c) Le fait que le Dr V. et le Dr C. aient, dans leur rapport du 23 mai 2003, respectivement du 19 décembre 2005 reconnu à X. une incapacité totale de travailler n'y change rien. En effet, le Dr V., qui n'a pas personnellement examiné le demandeur, n'a motivé son avis que de manière succincte sur la base du dossier médical et d'un entretien téléphonique avec le Dr M. Par ailleurs, à partir du rapport du Dr V., la défenderesse a alloué des indemnités journalières encore pendant près d'une année, de sorte qu'on ne saurait relever aucune contradiction entre ce rapport et le comportement de la défenderesse. S'agissant de l'expertise privée réalisée par le Dr C., on relèvera qu'elle ne tient pas compte du facteur temporel. Le Dr C. a en effet tiré des conclusions sur la base de ses observations cliniques des 17 août et 28 septembre 2005, sans expliquer pourquoi celles-ci s'appliqueraient également à la période litigieuse. Le Dr C. a considéré que l'incapacité totale de travailler durait depuis janvier 2003, sans toutefois indiquer pour quels motifs il ne se ralliait pas à l'appréciation du Dr S. qui, dans son rapport d'expertise du 1er avril 2004, a attesté d'une capacité de travail d'au moins 80%. On privilégiera donc l'expertise du Dr P., quand bien même deux autres spécialistes en psychiatrie ont des avis divergents. Le demandeur met encore en doute la valeur probante du rapport P. relevant que celui-ci ne constitue pas une base suffisante en l'absence d'un diagnostic posé par l'expert. L'absence de diagnostic signifie simplement que l'expert a considéré que le demandeur ne souffrait d'aucun trouble de nature psychique durant la période déterminante. Le but de l'expertise était précisément de clarifier ce point, de sorte que l'argument du demandeur est manifestement mal fondé. On relèvera que, quoi qu'en pense le demandeur, il incombait à l'expert de procéder à une analyse critique des différents avis médicaux exprimés. L'expert faillirait effectivement à sa mission s'il concluait à une absence de diagnostic sans expliquer pourquoi il ne pouvait pas se rallier aux appréciations médicales divergentes. Il convient également de préciser que le rapport d'expertise du Dr P. a été établi selon la Classification

statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation mondiale de la santé, 10ème révision (CIM-10). L'avis de l'expert s'appuie donc sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 cons.5.3 et 6), si bien que le demandeur ne saurait exiger l'utilisation de l'échelle d'Hamilton par exemple. S'agissant enfin du grief lié au rapport prétendument lacunaire (non prise en compte du traitement neuroleptique) et au manque de temps de l'expert, il ne peut pas non plus être suivi. Le demandeur, qui aurait pu demander des précisions sur ces deux points particuliers à l'expert, a renoncé, sans motifs sérieux, à poser des questions complémentaires. En outre, l'appréciation du Dr P. relative à la capacité de travail du demandeur est corroborée par celle du Dr S., puisque ces deux experts sont d'avis que l'incapacité de travail de X. était inférieure à 25% durant la période litigieuse. A cet égard, on relèvera que les principaux éléments soulevés par le demandeur pour contester la valeur probante de l'expertise du Dr S. doivent être écartés. En effet, outre que la durée prétendue de l'entretien (30 minutes d'entretien et 30 minutes de tests effectués en l'absence du Dr S.) ne peut être qualifiée de courte, elle n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du TFA du 04.07.2007 [I\_719/06] cons.2.2, du 30.05.2006 [I\_764/05] cons.2.3). Le demandeur estime également que le rapport du Dr S. est contradictoire. En ce sens, il constate que la dépression dont il souffre est qualifiée tantôt de sévère (v. échelle de Beck et SCL90R) tantôt de légère (v. échelle de Hamilton). Contrairement au point de vue du demandeur l'appréciation de la situation médicale et la description du contexte médical ne sont pas contradictoires. Les résultats inverses livrés par exemple par les échelles de Beck et Hamilton s'expliquent du fait que la première constitue une auto-évaluation de la dépression, laquelle se révèle en l'occurrence particulièrement pessimiste. On relèvera par ailleurs que le Dr S. a tout au long de son rapport d'expertise discuté les résultats des tests psychométriques en indiquant précisément pour quels motifs il écartait un diagnostic au profit d'un autre. Au vu de ce qui précède, on doit considérer que l'incapacité de travail du demandeur était inférieure à 25% durant la période litigieuse de sorte que la défenderesse pouvait légitimement mettre fin au versement des indemnités journalières à partir du 30 avril 2004.

6. La demande est mal fondée et doit donc être rejetée. La défenderesse, qui succombe sur le moyen lié à la recevabilité de la demande, doit supporter 1/6ème des frais de justice. Le demandeur sera condamné à prendre à sa charge les 5/6èmes des frais de justice et à payer à la défenderesse une indemnité de dépens légèrement réduite. Par ces motifs, LA I re COUR CIVILE 1. Dit que la demande est recevable. 2. Rejette la demande. 3. Met les frais de la cause arrêtés à 8'060 francs , et avancés par le demandeur, pour 5/6èmes à sa charge et pour 1/6ème à la charge de la défenderesse. 4. Condamne le demandeur à verser à la défenderesse une indemnité de dépens de 5'000 francs. Neuchâtel, le 30 juin 2010 Art. 85 LSA Tribunaux 1 Le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés. 2 Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie 1 , les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves. 3 Dans les contestations au sens de l'al. 2, les parties ne supportent pas de frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire

tout ou partie de ces frais. Art. 12 LAMal Caisses-maladie 1 Les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (département). 2 Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral. 3 Les assurances désignées au al. 2 sont régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) 1 . 4 Les caisses-maladie ayant un nombre minimal d'assurés fixé par le Conseil fédéral peuvent aussi pratiquer la réassurance au sens de l'art. 14. 1 RS 221.229.1

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