

# **NE\_GERICHTE CCC.2010.108 vom 24. Mai 2011**

NE Tribunal cantonal, 2011-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CCC.2010.108](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CCC.2010.108)

FR: NE\_GERICHTE CCC.2010.108 du 24 mai 2011

IT: NE\_GERICHTE CCC.2010.108 del 24 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Au 1<sup>er</sup> janvier 2011 est entré en vigueur le code de procédure civile suisse, lequel dispose à son article 405 que les recours sont régis par le droit en vigueur au moment de la communication de la décision aux parties. Selon la nouvelle organisation judiciaire neuchâteloise, elle aussi entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'article 85 OJN prévoit que l'ancienne organisation judiciaire subsiste dans la mesure nécessaire à l'application du droit fédéral. Le jugement entrepris ayant été communiqué aux parties dans le courant du mois de juin 2010, il s'ensuit dès lors que la présente cause relève de la compétence de la Cour de cassation civile appliquant l'ancien code de procédure civile neuchâtelois. b) Interjetés dans les formes et délais légaux, tant le recours principal que le recours joint sont recevables, notamment par le jeu de l'article 120 CPCN en ce qui concerne le recours joint.

### **E. 2**

a) Parmi les divers griefs soulevés par les parties, le premier à devoir être examiné est celui de la recourante principale consistant à se prévaloir d'une violation des règles essentielles de la procédure et d'une violation du droit à la preuve, en raison du refus du premier juge d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à évaluer sa capacité de travail. En effet, l'admission de ce motif de recours entraînerait l'annulation du jugement entrepris sans rendre indispensable à ce stade l'examen des autres griefs invoqués. b) Pour la recourante principale, le refus de cette expertise n'est fondé sur aucun motif, et à tout le moins, ce refus n'est pas suffisamment motivé, de sorte qu'elle y voit une violation de son droit d'être entendue, de même que des articles 8 CCS et 85/2 LSA (RS 961.01), cette dernière disposition étant maintenant abrogée. De son côté, l'assurance-maladie Y. SA souligne que le premier juge disposait de renseignements médicaux en nombre suffisant, et qu'il a procédé à une appréciation anticipée des preuves convaincantes, l'expertise requise par la demanderesse n'étant quoi qu'il en soit pas apte à élucider des questions liées à l'état de santé qu'elle présentait deux ans auparavant. c) Tout d'abord, il sied de constater que le grief de la recourante principale concernant l'insuffisance de la motivation donnée par l'autorité de jugement pour refuser l'administration de la preuve sollicitée n'est pas fondé. Le premier juge a en effet exposé de manière suffisamment précise les raisons pour lesquelles il estimait devoir rejeter la demande d'expertise judiciaire présentée. Reste toutefois encore à examiner si cette motivation est justifiée. Selon la jurisprudence la plus récente du Tribunal fédéral (arrêt du TF du 24.03.2011 [4A\_5/2011] cons. 3.1, qui reprend d'ailleurs les mêmes principes que ceux de l'arrêt cantonal cité par le premier juge dans son ordonnance de preuve du 14 juillet 2009 (RJN 2000 149), « en l'absence de disposition spéciale, l'article 8 CC répartit le fardeau de la preuve pour toutes les prétentions fondées sur le droit privé fédéral et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences d'un échec de la preuve. Un droit à la preuve et à la contre-preuve est

également déduit de l'article 8 CC. Ainsi, le juge viole cette disposition s'il refuse d'administrer une preuve régulièrement offerte, dans les formes et les délais prévus par la loi de procédure, et portant sur un fait pertinent pour l'appréciation juridique de la cause ( ATF 133 III 189 cons. 5.2.2, page 195 ; 295 cons. 7.1 page 299 et les arrêts cités). Le juge enfreint également l'article 8 CC s'il tient pour exactes les allégations non prouvées d'une partie, nonobstant leur contestation par l'autre ( ATF 130 III 591 cons. 5.4 page 601 ss ; 114 II 289 cons. 2a p. 291). En revanche, l'article 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées ( ATF 127 III 519 cons. 2a p. 522), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction ( ATF 128 III 22 cons. 2d page 25 ; ATF 127 III 248 cons. 3a page 253, 519 cons. 2a page 522) ; cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 22 cons. 4.3 page 226 ; 129 III 18 cons. 2.6, page 24 ss) ». En l'espèce, et par une appréciation anticipée des diverses preuves figurant au dossier, le premier juge a estimé quelles étaient suffisantes pour emporter sa conviction et déterminer si oui ou non la recourante principale présentait encore une incapacité de travail lui ouvrant le droit au paiement d'indemnités journalières par la caisse-maladie défenderesse au-delà du 30 avril 2007. Il a également estimé que, de toute manière, il était difficile d'imaginer qu'un expert puisse utilement se prononcer à cet égard, tenant compte du temps écoulé depuis la date précitée. d) Cette motivation est à la fois pertinente et convaincante, à mesure qu'un expert judiciaire aurait selon toute vraisemblance dû se cantonner dans une certaine prudence pour apprécier une situation passée à propos de laquelle il n'aurait plus été en mesure d'effectuer de quelconques constatations objectives. Le premier grief de la recourante fondé sur l'article 415 ch. 1 let. c et ch. 2 CPCN est ainsi infondé, et cela même si la procédure était ici régie par la maxime d'office, au sens de l'article 85/2 LSA, cette maxime inquisitoire sociale ne modifiant aucunement ce qui précède et n'excluant pas l'appréciation anticipée des preuves (arrêt du TF du 30.08.2011 [5C.112/2001] ; cf. également ATF 114 II 200 , cons. 2b)

### **E. 3**

a) Hormis cette critique relative au refus d'administrer une preuve régulièrement offerte, la recourante principale s'en prend également à l'appréciation des preuves effectuée par le premier juge, et notamment à sa conclusion selon laquelle le rapport d'expertise du Dr S. devait être privilégié par rapport aux divers autres avis médicaux figurant au dossier. En cette matière, et aux termes de l'article 224 CPCN , le juge apprécie librement les preuves sauf disposition contraire de la loi, et de surcroît l'avis des experts ne lie pas le juge (art. 281 CPCN ), étant cependant précisé qu'en matière technique, l'autorité s'en remet en principe à l'avis des experts (cf. RJN 1999, p. 46 , cons. 4). « La question de savoir quel est le contenu de divers avis médicaux relève de l'établissement des faits, qui ne peuvent être remis en cause que sous l'angle de l'arbitraire. De même, la manière dont le juge s'est forgé sa conviction, en se fondant sur une expertise plutôt que sur une autre, ressort à l'appréciation des preuves qui ne peut être contestée qu'en invoquant l'arbitraire au sens de l'article 9 Cst » (cf. arrêt du TF du 24.03.2011 [4A\_5/2011] précité, cons. 3.2). Par ailleurs, aux termes de l'arrêt publié au RJN 2003, p. 192 , cons. 3a et 3b, « selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsque des expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé ( ATF 125 V 351 , p. 353 cons. 3b/bb). En outre, il convient de rappeler qu'une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence, concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou l'administration (ATF 125 précité cons. 3c, confirmé par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt du 9 avril 2002, 379/01, Office AI du canton de Neuchâtel contre L. et Tribunal administratif du canton de Neuchâtel, cons. 3b) . D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées ( ATF 125 V 351 , p. 352 cons. 3a ; arrêt du TFA du 9 avril 2002 précité, cons. 3b) » ( sur ce qui précède, cf. également arrêt du TF du 26.09.2006 [5P. 76/2006] cons. 2.1. et arrêt du TF du 29.10.2001 [5P. 187/2001] cons. 2a). Ces deux derniers arrêts fédéraux rappellent également que le Tribunal fédéral n'admet le grief d'appréciation arbitraire des preuves que « si l'expert n'a pas répondu aux questions, si ses conclusions sont contradictoires ou si, de quelque autre manière, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même en l'absence de connaissances ad hoc, qu'il n'était tout simplement pas possible de les ignorer. L'autorité cantonale n'est point tenue de contrôler à l'aide d'ouvrages spécialisés l'exactitude scientifique des avis de l'expert. Il n'appartient pas non plus au Tribunal fédéral de vérifier que toutes les affirmations de l'expert sont exemptes d'arbitraire ; sa tâche se limite à examiner si l'autorité cantonale pouvait, sans arbitraire, faire siennes les conclusions de l'expertise. Si l'autorité cantonale est, comme dans le cas particulier, confrontée à plusieurs rapports médicaux et qu'elle adhère aux conclusions de l'un d'eux, elle est tenue de motiver son choix ; le Tribunal fédéral n'accueille alors le reproche d'appréciation arbitraire des preuves que si elle a fourni une motivation insoutenable ou s'est fondée sur un rapport qui souffre de l'un des défauts indiqués précédemment » (cf. également arrêt du TF du 22.01.2002 [5P. 421/2001] cons. 4a ; arrêt du TF du 20.04.2001 [5P.457/2000] cons. 4a). b) En l'occurrence, il est acquis que le dossier ne contient pas d'expertise judiciaire susceptible d'être privilégiée en vertu des principes prérappelés par rapport aux autres avis exprimés, le premier juge ayant à juste titre, comme évoqué sous considérant 2 ci-dessus, refusé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il sied ainsi d'apprécier si l'autorité de jugement pouvait d'une part faire siennes les conclusions du Dr S., plutôt que celles des autres médecins, et si d'autre part le premier juge a suffisamment motivé son choix pour éviter de se voir utilement opposer le grief d'arbitraire. A cet égard, le premier juge s'est attelé, par une motivation portant sur près de cinq pages, à analyser la valeur probante des divers rapports d'expertise ou rapports médicaux contradictoires qui figurent au dossier pour justifier son choix de donner la

préférence à l'avis exprimé par le Dr S.. Le rapport d'expertise de ce dernier apparaît complet et circonstancié et ne présente pas de caractère contradictoire, contrairement à l'argumentation de la recourante principale, même s'il eût vraisemblablement été possible d'être encore plus précis sur certains points. Il ne fait cependant aucun doute que pour ce médecin, X. disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, telle qu'une activité d'employée de commerce, et ce dès le moment de la délivrance de l'expertise, et que dans sa dernière activité de manutentionnaire, elle pouvait rapidement recouvrer une capacité de travail entière, au plus dans les deux mois, si elle bénéficiait d'une prise en charge idoine de reconditionnement physique multidisciplinaire. Sur ce point précis, le rapport du Dr R., que la recourante principale estime revêtir un poids particulier et devoir être privilégié par rapport à celui du Dr S., semble donc faire une fausse interprétation des conclusions du Dr S., et comme relevé par le premier juge n'effectue aucune nuance entre une activité adaptée, telle qu'employée de commerce, et l'activité de manutentionnaire exercée en dernier lieu par X., puisque le délai de deux mois évoqué par le Dr S. après le traitement de reconditionnement physique était à mettre en relation avec une activité de manutentionnaire, et non pas avec une activité adaptée. Pour le surplus, et contrairement à l'argumentation de la recourante principale, il ne peut être question de retenir, comme elle le fait, que l'assurance-maladie Y. SA aurait acquiescé aux conclusions du Dr R. dans le courrier adressé le 25 janvier 2008 à son mandataire, puisque malgré une tournure pour le moins étonnante, voire même contradictoire de cette lettre, et en particulier de son troisième paragraphe, il ne fait aucun doute que la défenderesse entendait confirmer ses prises de position précédentes, ce que le deuxième et l'antépénultième paragraphes de ce même envoi confirment sans l'ombre d'un doute. Cet écrit de l'assurance-maladie Y. SA ne peut ainsi être interprété comme le voudrait la recourante principale. c) Dans ces conditions, en privilégiant l'avis exprimé par l'expert S. et en motivant les raisons de son choix ainsi qu'il l'a fait, le premier juge n'a aucunement abusé de son large pouvoir en matière d'appréciation des preuves, de sorte que sur cette question, le reproche d'arbitraire ne peut être opposé au jugement entrepris. Le deuxième grief de la recourante principale s'avère dès lors également infondé.

#### **E. 4**

Reste encore à examiner les deux griefs soulevés par l'assurance-maladie Y. SA dans son recours joint, portant pour l'essentiel sur une interprétation arbitraire de certaines dispositions des conditions générales de l'assurance la liant à X., sur un abus du pouvoir d'appréciation et sur une fausse application du droit. a) L'assurance-maladie Y. SA se prévaut en particulier d'une violation de l'article 24 ch. 6 de ses conditions générales d'assurance, qui à la teneur suivante : « Art. 24 : que se passe-t-il lorsque l'assuré a droit aux prestations de tiers ? . . .

#### **E. 6**

L'assurance-maladie Y. SA n'est pas dans l'obligation de fournir des prestations lorsque l'assuré omet de faire valoir à temps sa créance envers un tiers ou n'entreprend pas les démarches nécessaires à son recouvrement. » La recourante jointe déduit de cette disposition qu'elle était déliée de son obligation de fournir des prestations à X. à mesure qu'après réception de la décision du 14 juin 2007 de la compagnie d'assurances T., assureur LAA de la prénommée, refusant l'octroi de prestations d'assurance LAA postérieurement au 17 août 2005 et constatant l'absence dès ce moment-là de tout lien de causalité avec l'accident du 11 juin 2004, X. n'avait pas, par l'entremise de sa protection juridique, agi en

temps utile pour motiver son opposition provisoire du 29 juin 2007, de sorte que cette opposition a été déclarée irrecevable. Cette argumentation n'est aucunement pertinente. En effet et d'une part, une interprétation stricte et « contra stipulatorem » de cette disposition des CGA (cf. à ce propos l'abondante jurisprudence citée par Carré, Edition annotée de la loi fédérale sur le contrat d'assurance ad art. 33 LCA ; cf. également Brulhart, Droit des assurances privées, éd. 2008 § 21, p. 124 et ss) conduit à considérer que la procédure d'opposition contre la décision LAA de la compagnie d'assurances T. n'avait pas pour objectif de faire valoir une créance envers cet assureur ou d'entreprendre des démarches de recouvrement, mais bien de faire valoir certains droits éventuels découlant de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, droits qui par la suite étaient susceptibles de donner naissance à certaines créances. Mais d'autre part et surtout, l'assurance-maladie Y. SA perd de vue que le tribunal de jugement, sur la base d'une longue motivation (cons. 6.1 à 7.3) a retenu que l'événement à l'origine de l'incapacité de travail ayant débuté le 3 avril 2006 répondait à la définition d'une maladie, et non d'un accident. Or, la recourante jointe ne remet aucunement en cause la décision du premier juge sur cette question, ni n'a d'ailleurs sollicité, en procédure, la restitution des indemnités journalières payées entre mai 2006 et fin avril 2007. Ce grief est donc à tout le moins infondé. b) Dans le deuxième segment de son recours, l'assurance-maladie Y. SA se prévaut d'une fausse application de l'article 61 LCA, lequel prévoit l'obligation pour l'ayant-droit de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage lors d'un sinistre, une contravention inexcusable à cette obligation permettant à l'assureur d'opérer une réduction de l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie, ainsi que d'une violation des articles 9 et 23 de ses conditions générales d'assurance, qui reprennent les principes de la disposition légale précitée et ceux qu'en a déduits la jurisprudence. A titre liminaire, il convient de constater que les points ici en discussion n'ont pas été invoqués ni discutés par les parties dans le cadre de la procédure devant le tribunal de jugement, la décision du premier juge de faire application de l'article 61 LCA et des articles précités des conditions générales d'assurance de l'assurance-maladie Y. SA ayant été prise d'office. Dès lors, les parties, et l'assurance-maladie Y. SA en particulier dans le cas d'espèce, doivent sur ce point être autorisées à s'en prendre au raisonnement du premier juge devant la Cour de cassation civile. Sur cette question la jurisprudence fédérale a relevé (arrêt du TF du 08.01.2001 [5C.211/2000] cons. 4c) que « dans un arrêt non publié du 23 octobre 1998 qui concernait comme ici une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA (arrêt du 23.10.1998 [5C.176/1998] cons. 2c), le Tribunal fédéral a considéré que l'article 61 LCA était l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V 235 cons. 2a ; 114 V 281 cons. 3a). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi ; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt publié K 14/99 du 7 février 2000, reproduit in RKUV 2000 KV 112 122, cons. 3a ». Dans un arrêt plus récent (arrêt du TF du 12.07.2010 [4A\_111/2010] cons. 3.1), le Tribunal

fédéral a approuvé l'opinion de plusieurs auteurs de la doctrine selon laquelle le principe de l'article 21/4 LPGA fait également règle en droit des assurances privées, et que « de ce point de vue, lorsque l'assureur d'indemnités journalières estime que l'incapacité de travail a pris fin, à l'issue d'une période durant laquelle il a reconnu le droit de l'assuré à ses prestations, on peut attendre de lui qu'il en donne avis à l'assuré et qu'il prolonge le service des indemnités pendant le délai a priori nécessaire à une reprise effective de l'activité ». In casu, le premier juge a constaté (jgt entrepris cons. 9.2) que si l'assurance-maladie Y. SA avait bel et bien averti son assurée du fait qu'elle mettrait un terme à ses prestations au-delà du 30 avril 2007, vu sa capacité de travail entière dans une activité adaptée, il a également considéré qu'aucun délai adéquat ne lui avait été accordé pour trouver un emploi correspondant à ses capacités physiques. Cette dernière constatation est parfaitement exacte. La recourante principale ne s'est cependant pas prévalu de ce moyen dans son recours, et la Cour de céans n'a pas à s'en saisir d'office, puisqu'il ne relève pas de l'ordre public (RJN 1988 39 cons.9), de sorte que X. ne peut en déduire de quelconques droits. L'assurance-maladie Y. SA de son côté considère dans son recours joint qu'elle n'avait pas à accorder à son assurée un quelconque délai aux fins de lui laisser la possibilité de trouver un travail adapté, puisqu'un changement de profession n'était nullement nécessaire dans son cas, à mesure qu'elle pouvait reprendre l'activité d'employée de commerce déjà déployée précédemment. La recourante jointe estime que l'octroi d'un tel délai n'est manifestement prévu qu'en cas de changement de profession, et non lorsqu'un assuré peut reprendre une activité déjà exercée peu de temps auparavant, ce qui évite de créer des inégalités avec des assurés pour lesquels un véritable changement de profession s'avère nécessaire. Cette argumentation ne peut toutefois être suivie, à mesure qu'il ressort clairement de l'arrêt du TF [4A\_111/2010] précité, cons. 3.1. et 3.2., que le délai à accorder, durant lequel les indemnités journalières continuent d'être servies, est celui nécessaire à une reprise effective de l'activité, y compris dans la même profession. Dès lors, le deuxième moyen soulevé par l'assurance-maladie Y. SA dans son recours joint doit être rejeté. 5. En fonction de ce qui précède, tant le recours principal de X. que le recours joint de l'assurance-maladie Y. SA s'avèrent infondés, le jugement entrepris échappant ainsi à toute critique. Il sera statué sans frais, l'article 13 de l'arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires prévoyant en principe la gratuité de la procédure pour les parties, sauf exception non réalisée en l'espèce, et les dépens de la procédure de cassation seront compensés.

#### **E. 14**

juillet 2009 (RJN 2000 149), «en l'absence de disposition spéciale, l'article 8 CC répartit le fardeau de la preuve pour toutes les prétentions fondées sur le droit privé fédéral et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences d'un échec de la preuve. Un droit à la preuve et à la contre-preuve est également déduit de l'article 8 CC. Ainsi, le juge viole cette disposition s'il refuse d'administrer une preuve régulièrement offerte, dans les formes et les délais prévus par la loi de procédure, et portant sur un fait pertinent pour l'appréciation juridique de la cause (ATF 133 III 189 cons. 5.2.2, page 195 ; 295 cons. 7.1 page 299 et les arrêts cités). Le juge enfreint également l'article 8 CC s'il tient pour exactes les allégations non prouvées d'une partie, nonobstant leur contestation par l'autre (ATF 130 III 591 cons. 5.4 page 601 ss ; 114 II 289 cons. 2a p. 291). En revanche, l'article 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 cons. 2a p. 522), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 cons. 2d page

25 ;ATF 127 III 248cons. 3a page 253, 519 cons. 2a page 522) ; cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF131 III 22cons. 4.3 page 226 ;129 III 18cons. 2.6, page 24 ss) ».

En l'espèce, et par une appréciation anticipée des diverses preuves figurant au dossier, le premier juge a estimé quelles étaient suffisantes pour emporter sa conviction et déterminer si oui ou non la recourante principale présentait encore une incapacité de travail lui ouvrant le droit au paiement d'indemnités journalières par la caisse-maladie défenderesse au-delà du 30 avril 2007. Il a également estimé que, de toute manière, il était difficile d'imaginer qu'un expert puisse utilement se prononcer à cet égard, tenant compte du temps écoulé depuis la date précitée.

d) Cette motivation est à la fois pertinente et convaincante, à mesure qu'un expert judiciaire aurait selon toute vraisemblance dû se cantonner dans une certaine prudence pour apprécier une situation passée à propos de laquelle il n'aurait plus été en mesure d'effectuer de quelconques constatations objectives.

Le premier grief de la recourante fondé sur l'article 415 ch. 1 let. c et ch. 2 CPCN est ainsi infondé, et cela même si la procédure était ici régie par la maxime d'office, au sens de l'article 85/2 LSA, cette maxime inquisitoire sociale ne modifiant aucunement ce qui précède et n'excluant pas l'appréciation anticipée des preuves (arrêt du TF du 30.08.2011 [5C.112/2001]; cf. également ATF 114 II 200, cons. 2b)

3.a) Hormis cette critique relative au refus d'administrer une preuve régulièrement offerte, la recourante principale s'en prend également à l'appréciation des preuves effectuée par le premier juge, et notamment à sa conclusion selon laquelle le rapport d'expertise du Dr S. devait être privilégié par rapport aux divers autres avis médicaux figurant au dossier.

En cette matière, et aux termes de l'article 224 CPCN, le juge apprécie librement les preuves sauf disposition contraire de la loi, et de surcroît l'avis des experts ne lie pas le juge (art. 281 CPCN), étant cependant précisé qu'en matière technique, l'autorité s'en remet en principe à l'avis des experts (cf. RJN 1999, p. 46, cons. 4). « La question de savoir quel est le contenu de divers avis médicaux relève de l'établissement des faits, qui ne peuvent être remis en cause que sous l'angle de l'arbitraire. De même, la manière dont le juge s'est forgé sa conviction, en se fondant sur une expertise plutôt que sur une autre, ressort à l'appréciation des preuves qui ne peut être contestée qu'en invoquant l'arbitraire au sens de l'article 9 Cst » (cf. arrêt du TF du 24.03.2011 [4A\_5/2011] précité, cons. 3.2).

Par ailleurs, aux termes de l'arrêt publié au RJN 2003, p. 192, cons. 3a et 3b, « selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsque des expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, p. 353 cons. 3b/bb). En outre, il convient de rappeler qu'une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence, concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est

propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou l'administration (ATF 125 précité cons. 3c, confirmé par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt du 9 avril 2002, 379/01, Office AI du canton de Neuchâtel contre L. et Tribunal administratif du canton de Neuchâtel, cons. 3b).

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, p. 352 cons. 3a ; arrêt du TFA du 9 avril 2002 précité, cons. 3b) » (sur ce qui précède, cf. également arrêt du TF du 26.09.2006 [5P. 76/2006] cons. 2.1. et arrêt du TF du 29.10.2001 [5P. 187/2001] cons. 2a).

Ces deux derniers arrêts fédéraux rappellent également que le Tribunal fédéral n'admet le grief d'appréciation arbitraire des preuves que « si l'expert n'a pas répondu aux questions, si ses conclusions sont contradictoires ou si, de quelque autre manière, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même en l'absence de connaissances ad hoc, qu'il n'était tout simplement pas possible de les ignorer. L'autorité cantonale n'est point tenue de contrôler à l'aide d'ouvrages spécialisés l'exactitude scientifique des avis de l'expert. Il n'appartient pas non plus au Tribunal fédéral de vérifier que toutes les affirmations de l'expert sont exemptes d'arbitraire ; sa tâche se limite à examiner si l'autorité cantonale pouvait, sans arbitraire, faire siennes les conclusions de l'expertise. Si l'autorité cantonale est, comme dans le cas particulier, confrontée à plusieurs rapports médicaux et qu'elle adhère aux conclusions de l'un d'eux, elle est tenue de motiver son choix ; le Tribunal fédéral n'accueille alors le reproche d'appréciation arbitraire des preuves que si elle a fourni une motivation insoutenable ou s'est fondée sur un rapport qui souffre de l'un des défauts indiqués précédemment » (cf. également arrêt du TF du 22.01.2002 [5P. 421/2001] cons. 4a ; arrêt du TF du 20.04.2001 [5P.457/2000] cons. 4a).

b) En l'occurrence, il est acquis que le dossier ne contient pas d'expertise judiciaire susceptible d'être privilégiée en vertu des principes rappelés par rapport aux autres avis exprimés, le premier juge ayant à juste titre, comme évoqué sous considérant 2 ci-dessus, refusé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Il sied ainsi d'apprécier si l'autorité de jugement pouvait d'une part faire siennes les conclusions du Dr S., plutôt que celles des autres médecins, et si d'autre part le premier juge a suffisamment motivé son choix pour éviter de se voir utilement opposer le grief d'arbitraire.

A cet égard, le premier juge s'est attelé, par une motivation portant sur près de cinq pages, à analyser la valeur probante des divers rapports d'expertise ou rapports médicaux contradictoires qui figurent au dossier pour justifier son choix de donner la préférence à l'avis exprimé par le Dr S.. Le rapport d'expertise de ce dernier apparaît complet et

circonstancié et ne présente pas de caractère contradictoire, contrairement à l'argumentation de la recourante principale, même s'il eût vraisemblablement été possible d'être encore plus précis sur certains points. Il ne fait cependant aucun doute que pour ce médecin, X. disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, telle qu'une activité d'employée de commerce, et ce dès le moment de la délivrance de l'expertise, et que dans sa dernière activité de manutentionnaire, elle pouvait rapidement recouvrer une capacité de travail entière, au plus dans les deux mois, si elle bénéficiait d'une prise en charge idoine de reconditionnement physique multidisciplinaire.

Sur ce point précis, le rapport du Dr R., que la recourante principale estime revêtir un poids particulier et devoir être privilégié par rapport à celui du Dr S., semble donc faire une fausse interprétation des conclusions du Dr S., et comme relevé par le premier juge n'effectue aucune nuance entre une activité adaptée, telle qu'employée de commerce, et l'activité de manutentionnaire exercée en dernier lieu par X., puisque le délai de deux mois évoqué par le Dr S. après le traitement de reconditionnement physique était à mettre en relation avec une activité de manutentionnaire, et non pas avec une activité adaptée.

Pour le surplus, et contrairement à l'argumentation de la recourante principale, il ne peut être question de retenir, comme elle le fait, que l'assurance-maladie Y. SA aurait acquiescé aux conclusions du Dr R. dans le courrier adressé le 25 janvier 2008 à son mandataire, puisque malgré une tournure pour le moins étonnante, voire même contradictoire de cette lettre, et en particulier de son troisième paragraphe, il ne fait aucun doute que la défenderesse entendait confirmer ses prises de position précédentes, ce que le deuxième et l'antépénultième paragraphes de ce même envoi confirment sans ombre d'un doute. Cet écrit de l'assurance-maladie Y. SA ne peut ainsi être interprété comme le voudrait la recourante principale.

c) Dans ces conditions, en privilégiant l'avis exprimé par l'expert S. et en motivant les raisons de son choix ainsi qu'il l'a fait, le premier juge n'a aucunement abusé de son large pouvoir en matière d'appréciation des preuves, de sorte que sur cette question, le reproche d'arbitraire ne peut être opposé au jugement entrepris.

Le deuxième grief de la recourante principale s'avère dès lors également infondé.

4. Reste encore à examiner les deux griefs soulevés par l'assurance-maladie Y. SA dans son recours joint, portant pour l'essentiel sur une interprétation arbitraire de certaines dispositions des conditions générales de l'assurance la liant à X., sur un abus du pouvoir d'appréciation et sur une fausse application du droit.

a) L'assurance-maladie Y. SA se prévaut en particulier d'une violation de l'article 24 ch. 6 de ses conditions générales d'assurance, qui à la teneur suivante :

« Art. 24 : que se passe-t-il lorsque l'assuré a droit aux prestations de tiers ?

6. L'assurance-maladie Y. SA n'est pas dans l'obligation de fournir des prestations lorsque l'assuré omet de faire valoir à temps sa créance envers un tiers ou n'entreprend pas les démarches nécessaires à son recouvrement.»

La recourante jointe déduit de cette disposition qu'elle était déliée de son obligation de fournir des prestations à X. à mesure qu'après réception de la décision du 14 juin 2007 de la compagnie d'assurances T., assureur LAA de la prénommée, refusant l'octroi de prestations d'assurance LAA postérieurement au

## E. 17

août 2005 et constatant l'absence dès ce moment-là de tout lien de causalité avec l'accident du 11 juin 2004, X. n'avait pas, par l'entremise de sa protection juridique, agi en temps utile pour motiver son opposition provisoire du 29 juin 2007, de sorte que cette opposition a été déclarée irrecevable.

Cette argumentation n'est aucunement pertinente. En effet et d'une part, une interprétation stricte et «contra stipulatorem »de cette disposition des CGA(cf. à ce propos l'abondante jurisprudence citée par Carré, Edition annotée de la loi fédérale sur le contrat d'assurance ad art. 33 LCA ; cf. également Brulhart, Droit des assurances privées, éd. 2008 § 21, p. 124 et ss) conduit à considérer que la procédure d'opposition contre la décision LAA de la compagnie d'assurances T. n'avait pas pour objectif de faire valoir une créance envers cet assureur ou d'entreprendre des démarches de recouvrement, mais bien de faire valoir certains droits éventuels découlant de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, droits qui par la suite étaient susceptibles de donner naissance à certaines créances.

Mais d'autre part et surtout, l'assurance-maladie Y. SA perd de vue que le tribunal de jugement, sur la base d'une longue motivation (cons. 6.1 à 7.3) a retenu que l'événement à l'origine de l'incapacité de travail ayant débuté le 3 avril 2006 répondait à la définition d'une maladie, et non d'un accident. Or, la recourante jointe ne remet aucunement en cause la décision du premier juge sur cette question, ni n'a d'ailleurs sollicité, en procédure, la restitution des indemnités journalières payées entre mai 2006 et fin avril 2007.

Ce grief est donc à tout le moins infondé.

b) Dans le deuxième segment de son recours, l'assurance-maladie Y. SA se prévaut d'une fausse application de l'article 61 LCA, lequel prévoit l'obligation pour l'ayant-droit de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage lors d'un sinistre, une contravention inexcusable à cette obligation permettant à l'assureur d'opérer une réduction de l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie, ainsi que d'une violation des articles 9 et 23 de ses conditions générales d'assurance, qui reprennent les principes de la disposition légale précitée et ceux qu'en a déduits la jurisprudence.

A titre liminaire, il convient de constater que les points ici en discussion n'ont pas été invoqués ni discutés par les parties dans le cadre de la procédure devant le tribunal de jugement, la décision du premier juge de faire application de l'article 61 LCA et des articles précités des conditions générales d'assurance de l'assurance-maladie Y. SA ayant été prise d'office. Dès lors, les parties, et l'assurance-maladie Y. SA en particulier dans le cas d'espèce, doivent sur ce point être autorisées à s'en prendre au raisonnement du premier juge devant la Cour de cassation civile.

Sur cette question la jurisprudence fédérale a relevé (arrêt du TF du 08.01.2001 [5C.211/2000] cons. 4c) que «dans un arrêt non publié du 23 octobre 1998 qui concernait comme ici une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA (arrêt du 23.10.1998 [5C.176/1998] cons. 2c), le Tribunal fédéral a considéré que l'article 61 LCA était l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V

235cons. 2a ;114 V 281cons. 3a). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi ; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt publié K 14/99 du 7 février 2000, reproduit in RKUV 2000 KV 112 122, cons. 3a ».

Dans un arrêt plus récent (arrêt du TF du 12.07.2010 [4A\_111/2010]cons. 3.1), le Tribunal fédéral a approuvé l'opinion de plusieurs auteurs de la doctrine selon laquelle le principe de l'article 21/4 LPGa fait également règle en droit des assurances privées, et que «de ce point de vue, lorsque l'assureur d'indemnités journalières estime que l'incapacité de travail a pris fin, à l'issue d'une période durant laquelle il a reconnu le droit de l'assuré à ses prestations, on peut attendre de lui qu'il en donne avis à l'assuré et qu'il prolonge le service des indemnités pendant le délai a priori nécessaire à une reprise effective de l'activité ».

In casu, le premier juge a constaté (jgt repris cons. 9.2) que si l'assurance-maladie Y. SA avait bel et bien averti son assurée du fait qu'elle mettrait un terme à ses prestations au-delà du 30 avril 2007, vu sa capacité de travail entière dans une activité adaptée, il a également considéré qu'aucun délai adéquat ne lui avait été accordé pour trouver un emploi correspondant à ses capacités physiques. Cette dernière constatation est parfaitement exacte. La recourante principale ne s'est cependant pas prévalu de ce moyen dans son recours, et la Cour de cassation n'a pas à s'en saisir d'office, puisqu'il ne relève pas de l'ordre public (RJN 1988 39 cons.9), de sorte que X. ne peut en déduire de quelconques droits.

L'assurance-maladie Y. SA de son côté considère dans son recours joint qu'elle n'avait pas à accorder à son assurée un quelconque délai aux fins de lui laisser la possibilité de trouver un travail adapté, puisqu'un changement de profession n'était nullement nécessaire dans son cas, à mesure qu'elle pouvait reprendre l'activité d'employée de commerce déjà déployée précédemment. La recourante jointe estime que l'octroi d'un tel délai n'est manifestement prévu qu'en cas de changement de profession, et non lorsqu'un assuré peut reprendre une activité déjà exercée peu de temps auparavant, ce qui évite de créer des inégalités avec des assurés pour lesquels un véritable changement de profession s'avère nécessaire.

Cette argumentation ne peut toutefois être suivie, à mesure qu'il ressort clairement de l'arrêt du TF[4A\_111/2010]précité, cons. 3.1. et 3.2., que le délai à accorder, durant lequel les indemnités journalières continuent d'être servies, est celui nécessaire à une reprise effective de l'activité, y compris dans la même profession.

Dès lors, le deuxième moyen soulevé par l'assurance-maladie Y. SA dans son recours joint doit être rejeté.

5. En fonction de ce qui précède, tant le recours principal de X. que le recours joint de l'assurance-maladie Y. SA s'avèrent infondés, le jugement repris échappant ainsi à toute critique.

Il sera statué sans frais, l'article 13 de l'arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires prévoyant en principe la gratuité de la procédure pour les parties, sauf exception non réalisée en l'espèce, et les dépens de la procédure de cassation seront compensés.

Par ces motifs, LA COUR DE CASSATION CIVILE

1. Rejette le recours en cassation de X..

2. Rejette le recours joint de l'assurance-maladie Y. SA, à [...], dans la mesure de sa recevabilité.

3. Statue sans frais

4. Compense les dépens.

Neuchâtel, le 24 mai 2011

Obligation de sauvetage

1 Lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer.

2 Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie.

E. De la preuve

I. Fardeau de la preuve

Chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit.

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