RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2135/2005 **ATAS/143/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 14 février 2006

En la cause

Madame D_____ recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, avenue du Bouchet 2, 1211 GENEVE intimée

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après la demandresse) a travaillé auprès du DOMAINE DE LA LOUVIÈRE à Presinges jusqu'à la fin du mois de mars 2005, date à laquelle elle a été licenciée. Elle était à ce titre assurée par son employeur en matière d'indemnités journalières en cas de maladie auprès de l'ALLIANZ SUISSE, Société d'assurances (ci-après la défenderesse), dans le cadre d'une assurance-maladie collective de droit privé.

2. La demanderesse s'est trouvée incapable de travailler depuis le 22 février 2005, et a perçu des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2005, date à laquelle la défenderesse a mis fin aux prestations.

3. Par demande du 17 juin 2005, la demanderesse s'adresse au Tribunal de céans, considérant que son assurance perte de gain a l'obligation de couvrir son incapacité de travail. Elle se réfère au Drs A_____ et B_____, qui l'ont suivie, et dont elle produit des certificats.

4. Dans sa réponse du 24 juin 2005, la défenderesse conclut principalement à la suspension de la cause jusqu'à droit jugé dans la procédure pendante, à l'époque, devant le Tribunal des conflits, et subsidiairement, à l'irrecevabilité de la demande. Elle ne se déterminait pas sur le fond du litige.

5. Par pli du 20 juillet 2005, la défenderesse s'est opposée à l'idée d'attendre le résultat de la procédure devant le Tribunal des conflits, qui devait être jugé sans délai, et a sollicité derechef la suspension de la cause.

6. Par arrêt incident du 30 août 2005, le Tribunal a ordonné la suspension de la cause.

7. Par ordonnance du 27 octobre 2005, le Tribunal a ordonné la reprise de la cause, vu l'arrêt rendu par le Tribunal des conflits, déclarant le Tribunal de céans compétent en la matière, arrêt devenu définitif et exécutoire. Il ordonnait à la défenderesse de produire sa réponse et son dossier d'ici au 21 novembre 2005, une comparution des parties devant se tenir ultérieurement.

8. En date du 28 novembre 2005, la défenderesse a produit sa réponse et son dossier. Elle conclut principalement au déboutement de la demanderesse, et à ce que celle-ci soit condamnée en tous les frais de la procédure et les dépens; subsidiairement à ce que des renseignements médicaux récents soient requis du médecin traitant, puis soumis à l'expert C_____ pour complément d'expertise. La défenderesse expose d'une part, que suite à une procédure devant le Tribunal des Prud'hommes, la demanderesse a bénéficié de son salaire jusqu'à la fin du mois d'août 2005. En outre, une raison de commerce au nom de IRM D_____, entreprise

individuelle figure au registre du commerce depuis le 22 février 2005, avec pour objet le conseil médical.

Sur le plan médical, la défenderesse explique que l'arrêt de travail a été prescrit tout d'abord le 22 février 2005 par le médecin-traitant de la demanderesse, le Dr A_____. Celle-ci a été vue par le Dr. E_____, son médecin-conseil. Par la suite, c'est le Dr. B_____, psychiatre, qui a prescrit l'arrêt de travail. Or, le 11 mai 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné la demanderesse aux fins d'expertise. Il a considéré que dans la mesure où la demanderesse était bien suivie, on pouvait penser que la reprise de travail interviendrait à 50% le 15 juin, puis à 100% le 1er juillet. Les médecins de la demanderesse n'étant pas d'accord avec ces conclusions, leurs courriers ont été transmis à l'expert C_____. L'expert considère que la reprise de travail préconisée dans un premier temps aux dates susmentionnées pouvait être reportée à fin juillet 2005. Selon la défenderesse, l'expertise du Dr C_____ est pertinente et doit être suivie. En outre, le Dr B_____ était plutôt optimiste quant à la reprise du travail, puisqu'il indiquait qu'il était "prématuré" que sa patiente reprenne le travail en juin.

9. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 5 décembre 2005. La demanderesse s'est fait représenter, avec procuration, par son époux. Il a relevé que le médecin-conseil, le Dr E_____, était d'un avis contraire à celui de C_____. La représentante de la défenderesse a rappelé que le Dr E_____ était cardiologue, et qu'en raison du diagnostic d'état dépressif majeur réactionnel indiqué par les médecins de la demanderesse, il avait été décidé de mandater un expert psychiatre. Monsieur D_____ a contesté les conclusions de l'expertise C_____, qui n'a vu son épouse qu'à une seule reprise durant 45 minutes, et qui modifie de mois en mois ses conclusions en fonction des documents médicaux qui lui sont soumis. Monsieur D_____ a également expliqué que la création d'une société inscrite au registre du commerce en février 2005 était une des solutions auxquelles son épouse avait pensé lors de son licenciement. Cette société n'a jamais été active, mais pour l'instant, l'inscription a été conservée, vu les frais d'inscription. Il a expliqué que son épouse devait en principe être hospitalisée de force en raison de la gravité de son état psychique, et qu'il avait dû négocier avec les médecins pour empêcher cette hospitalisation.

   La défenderesse a suggéré que l'expert psychiatre soit entendu sur les documents produits le jour de l'audience par Monsieur D_____. Il s'agit du courrier du Dr A_____, ancien médecin-chef de la clinique genevoise de Montana, spécialiste FMH en médecine interne, du 3 juin 2005, au médecin-conseil de la défenderesse. Il conteste l'appréciation des faits du Dr C_____. Le développement de l'expertise est certes étayé par "force citations savantes", mais la conclusion selon laquelle les troubles psychiques ont été déclanchés par le risque de

tomber au chômage et les soucis de la demanderesse pour sa fille lui paraissent erronés. L'expertise donne en outre une image très partielle des évènements, et son pronostic ne lui paraît pas reposer sur des bases bien solides. Le second document est un rapport du Dr B_____, chef de clinique au service de psychiatrie adulte, au médecin-conseil de la défenderesse, du 6 juin 2005. Il rappelle suivre cette patiente depuis le 4 mars 2005 au programme dépression. Il rappelle que sa patiente a eu au moins trois épisodes dépressifs, et a présenté plusieurs phases hypomanes claires de 1990 à 2003. En résumé, elle présente un trouble bipolaire dont l'épisode actuel est une phase dépressive avec une brève hypomanie. La reprise du travail à fin juin est prématurée.

A l'issue de l'audience, le Tribunal a ordonné l'ouverture des enquêtes avec l'audition du Dr B_____.

10. Lors de son audition en date du 20 décembre 2005, le psychiatre a déclaré ce qui suit:

" Vous me donnez lecture de mon rapport du 6 juin 2005 à l'intention du Dr F_____, je le confirme.

J'explique qu'à ce jour Madame D_____ est encore totalement incapable de travailler. La situation est très sérieuse, j'ai hésité plusieurs fois à la faire hospitaliser contre son gré. Elle est en effet dangereuse pour elle-même. Elle se trouve dans une phase dépressive très intense avec des idées d'indignité et des idées suicidaires qu'elle exprime sous la forme d'un départ sans retour, sans plus de précisions. Elle souffre parfois d'abus de médicaments, ce qui la met dans un état quasi léthargique. Je dirais que Madame D_____ traverse une crise existentielle majeure, et souffre d'une grave blessure narcissique. La situation est difficile à stabiliser en raison notamment du trouble bipolaire dont elle souffre également. Je précise que ce trouble, lorsqu'il est stabilisé, n'est pas invalidant en tant que tel. J'ai maintenu l'arrêt de travail contre sa volonté, elle souhaiterait pour sa part reprendre des activités et une responsabilité comme avant, mais elle n'est pas du tout en état de le faire.

J'ai lu l'expertise du Dr C_____, et vous me donnez connaissance de sa réponse du 13 juillet 2005 au Dr F_____, suite à mon interpellation et celle du Dr A_____. A la question de savoir pour quel motif l'expert s'écarte tant de mes conclusions, je réponds qu'à mon sens il s'est livré à une évaluation purement théorique. En effet l'évolution de l'état de santé de Madame D_____ est par nature très imprévisible et en l'occurrence, son évolution a été mauvaise. S'agissant du diagnostic du trouble bipolaire, il est possible que le Dr C_____ ne l'ait pas vu, c'est un diagnostic difficile à poser, qui s'impose après plusieurs mois de contacts réguliers.

Je pense que la personnalité même de Madame D_____ peut avoir trompé l'expert qui ne l'a reçue qu'à l'occasion d'un entretien d'une heure. Deux entretiens espacés d'une semaine sont un minimum. Il est exact que plusieurs épisodes dépressifs fondent le diagnostic de troubles dépressifs récurrents ou, lorsque entre ces épisodes prend place une phase de manie ou d'hypomanie, celui de trouble bipolaire. L'expert aurait dû donc, à mon sens, diagnostiquer en tout cas un épisode dépressif majeur, face à la sévérité des symptômes dépressifs.

Vous m'interrogez sur le test d'Hamilton sur la dépression effectué par l'expert. Je constate que dans son expertise il a examiné les différents critères de la dépression (page 9). Ils étaient présents mais l'expert en a fait une interprétation. Ce test n'est pas fiable à 100% car il fait appel à la subjectivité tant de l'expertisé que de l'expert. Pour ma part, j'avais clairement constaté la présence de ces critères, de même que mon collègue qui a reçu Madame D_____ en novembre 2003, le Dr G_____ Rachid, chef de clinique aux HUG.

Je produis copie des rapports de ce médecin, datés des 5 et 12 novembre 2003, on y constate notamment que Madame D_____ est ignorante de son état.

J'ajoute avoir moi-même testé le degré de dépression de ma patiente en octobre 2005 et je produis copie des résultats qui démontrent une dépression sévère."

11. La défenderesse n'étant pas présente à l'audience d'enquête, un délai lui a été fixé au 6 janvier 2006 pour détermination après enquête, ensuite de quoi, la cause serait gardée à juger. La défenderesse n'a pas déposé d'écritures.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, et la demande recevable.

3. Aux termes des conditions générales pour l'assurance-maladie collective, édition 2000 (CGA), figurant au dossier, ainsi que des conditions complémentaires pour l'indemnité journalière de maladie (CCIJ), la demanderesse a droit à des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail, c'est-à-dire si elle est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative que l'on peut raisonnablement attendre d'elle, et que l'incapacité de travail est d'au moins 25% (art. 4 CGA et 4 CCIJ). L'indemnité journalière est due pendant la durée prévue par le contrat. La couverture d'assurance prend fin notamment à la fin des rapports de travail, mais dans ce cas, la personne assurée a le droit de continuer de bénéficier de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle. Dans un tel cas, l'assureur verse l'indemnité journalière pour autant que la maladie provoquant l'incapacité de travail ait existé au moment de la fin de la protection d'assurance (art. 3 CCIJ et 9-10 CGA). L'on ignore en l'espèce la durée du contrat, celui-ci n'ayant pas été produit par les parties. Par ailleurs, les prestations provenant d'assurances sociales et d'entreprise ou de tiers responsables sont imputés sur les indemnités journalières (art. 6 CCIJ).

   Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

   Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd.,

p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 II 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou 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 le 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. 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.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition pour clarifier les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

4. En l'espèce, le Tribunal constate que les conditions pour la reprise du versement d'une indemnité journalière au-delà de mai 2005 sont remplies. La demanderesse est, en effet, gravement atteinte dans sa santé, pour les raisons que le psychiatre B_____ a exposées lors de son audition, et qui ont convaincu le Tribunal. Les conclusions de l'expertise C_____ seront écartées dans la mesure où elles ne sont pas convaincantes. D'une part, le diagnostic de la réelle affection de la demanderesse n'a pu être posé par l'expert, de sorte que ses conclusions relatives à la capacité de travail sont forcément erronées. En outre, l'expert psychiatre a varié, sur cette question, en fonction des différents courriers qui lui étaient adressés par les médecins de la demanderesse. Rien n'indique qu'aujourd'hui, il ne reporterait pas encore la reprise de travail pour ces mêmes motifs. En outre, son expertise est

plus théorique que véritablement basée sur des constatations cliniques. A noter qu'à l'exception du Dr A_____, les avis des médecins consultés sont convergents.

5. Par conséquent, la demande sera admise, et la cause renvoyée à la défendresse pour reprise du versement des indemnités journalières, sous déduction des sommes perçues par la demanderesse de son employeur, et sur la base d'une incapacité de travail de 100%.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Condamne l'ALLIANZ a reprendre le versement des indemnités journalières, au sens des considérants.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier — La Présidente :

Pierre RIES — Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe