RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2419/2006 **ATAS/1167/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 18 décembre 2006

En la cause

Monsieur K_____, comparant par Me Irène BUCHE, en l'étude de laquelle il élit domicile	demandeur

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, 20 av. de la Gare, 1950 Sion	intimé

Siégeant : Stéphane GRODECKI, Juge suppléant; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur K_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né le 1955, est boulanger-pâtissier. Il a travaillé pour la société X_____, à Satigny.

2. Le 17 juillet 2001, M. K_____ a signé une proposition d'assurance et déclaration d'adhésion auprès de MUTUEL ASSURANCES, membre du GROUPE MUTUEL pour une assurance indemnité journalière. Il s'agissait d'assurer le risque maladie, pour une durée maximale de 730 jours.

3. Du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2005, M. K_____ a ainsi, notamment, été assuré au titre de l'indemnité journalière LCA auprès du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après l'assurance ou l'intimé). Le risque couvert était la maladie. Le montant journalier assuré était de 31.- fr. Le délai d'attente a été fixé à 60 jours et la durée maximale des indemnités journalières à 730 jours sur 900 jours.

   Dite assurance était soumise aux conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière selon la LCA, catégorie P1, édition du 1er août 2000.

4. Par certificat médical du 15 mai 2002, les ("établissement hospitalier) ont attesté que l'assuré avait été hospitalisé pour maladie dans le service de chirurgie cardio-vasculaire du 13 au 15 mai 2002. Sa capacité de travail a été considérée comme nulle dès le 13 mai 2002, et totale dès le 3 juin 2002.

5. Par certificats médicaux des 31 mai 2002, 16 juillet 2002 et 29 juillet 2002, le Dr A_____, médecin traitant de l'assuré, a prolongé l'incapacité totale de travail de M. K_____ de manière indéterminée pour cause de maladie. Il a précisé que la durée probable de l'incapacité de travail dépendait de l'évolution de l'état de santé de son patient.

6. Le 9 août 2002, l'assuré a été examiné à la division d'angiologie et d'hémostase des "établissement hospitalier. Il est indiqué que le patient a été opéré le 14 mai 2002 d'une crossectomie (soit une opération des varices) et que des douleurs postopératoires de la cuisse, descendant dans le mollet, sont apparues. Il ressort de l'examen que l'assuré ne souffre ni d'incontinences de la crosse de la saphène interne droite, ni de récidive variqueuse, ni d'insuffisance artérielle. La conclusion de l'examen est la suivante: "Douleurs du MID post crossectomie de la v. saphène externe droite probablement d'origine neurologique".

7. Par certificat médical du 29 août 2002, le Dr A_____ a attesté que l'assuré était en incapacité totale de travail du 29 août au 30 septembre 2002 pour cause de maladie.

8. Le 10 septembre 2002, le Dr A_____ a rempli un rapport médical à l'attention de l'assurance. Il a posé comme diagnostic une insuffisance cardiaque qui remonte à 2000, des varices du membre inférieur droit, un status post gastrectomie totale qui remonte à 1994 ainsi qu'un status post crossectomie de la veine saphène droite, début 2002. Il a indiqué des incapacités de travail du 27 février au 11 mars 2002, du 3 au 10 juin 2002, ainsi que depuis le 17 juillet 2002.

9. Le 1er octobre 2002, le Dr A_____ a derechef attesté que l'assuré était en incapacité totale de travail dès le 1er octobre 2002, pour une durée probable d'un mois.

10. Durant le mois d'octobre 2002, le Dr B_____, cardiologue, a renvoyé à l'assurance un rapport médical intermédiaire en renvoyant l'intimé auprès du Dr A_____ au motif qu'il n'a vu l'assuré que pour un échocardiogramme.

11. Le 24 octobre 2002, le Dr A_____ a rempli un nouveau rapport médical intermédiaire à l'attention de l'assurance. Les diagnostics justifiant l'incapacité de travail étaient une crossectomie avec complications, une dépression, une instabilité cardiovasculaire et un status post gastrectomie totale. Il est indiqué que l'évolution a "tendance à s'aggraver" et que le pronostic n'est "pas bon pour une longue échéance".

12. Les 1er novembre 2002, 29 novembre 2002, 6 janvier 2003 et 30 janvier 2003, le Dr A_____ a fourni de nouveaux certificats médicaux, attestant à chaque fois d'une incapacité totale de travail d'un mois.

13. Le 3 janvier 2003, l'assuré a été examiné par le Dr C_____, radiologue. Aucune particularité n'a été relevée au niveau des parties molles ou dans les régions externes du genou droit par rapport au genou gauche. Aucun hématome n'était visible. Les examens montraient des veines profondes libres. Il n'y avait pas de kyste. Les différentes structures osseuses se présentaient en outre normalement.

14. Le 13 février 2003, le Dr A_____ a rempli un rapport médical "longue durée" à l'attention de l'assurance. Il a posé les diagnostics de gastrectomie totale suite à une néoplasie, d'un état après crossectomie à la jambe droite et d'une cardiopathie. Il est indiqué que l'évolution reste inchangée.

15. Par courrier du 21 février 2003, l'assuré a consulté le Prof. D_____, du Service de chirurgie cardio-vasculaire du "établissement hospitalier", pour son problème de douleurs post stripping des varices de la saphène externe à droite. La situation est qualifiée de complexe. Aucun déficit musculaire majeur n'a pu être objectivé. Aucune lésion nerveuse ou structurale n'a pu être établie. L'examen angiologique a en outre montré un examen veineux sans particularité.

Le Prof. D_____ a dès lors relevé que l'on se trouvait devant des douleurs postopératoires difficilement explicables chez un patient complètement effondré à cause de ceci. Il a relevé qu'un traitement anti-dépresseur avait été proposé, mais que l'on ne savait pas s'il avait été suivi.

Il a enfin posé comme diagnostic différentiel, en dehors de la dépression, un neurinome au niveau de la cicatrice ainsi que des troubles des fibres sympathiques.

16. Le 25 février 2003, l'assurance a mandaté le Dr E_____afin de rendre une expertise sur la capacité de travail de l'assuré.

17. Par certificat médical du 28 février 2003, le Dr A_____ a une nouvelle fois attesté de l'incapacité de travail totale de l'assuré, dès le 1er mars 2003, pour une durée de trois semaines.

18. Le Dr E_____a rendu son expertise en date du 14 mars 2003, après avoir vu l'assuré. Après avoir exposé l'anamnèse du patient, les résultats d'un test d'effort, il a posé, en le motivant, le diagnostic suivant: pas d'insuffisance cardiaque, maladie coronarienne peu probable, click mésosystoloique, sans prolapsus mitral significatif, douleurs chroniques post crossectomie de la saphène externe droite.

    Il a en outre indiqué que le problème principal semblait être les douleurs chroniques du MID à la suite de la crossectomie. Une composante psychogène semblait très probable.

    Il n'a relevé aucune contre indication à une reprise du travail à 100%.

19. Le 21 mars 2003, le Dr A_____ a derechef attesté d'une incapacité totale de travail dès le 24 mars, pour une durée d'un mois.

20. Par courrier du 25 mars 2003, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA a indiqué à M. K_____ que les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 30 mars 2003 à 100%. En revanche, au vu des renseignements médicaux en possession du médecin conseil ainsi que du rapport du Dr E_____, l'assurance a indiqué que M. K_____ était apte à reprendre son activité à 100% dès le 31 mars 2003.

21. Par courrier du 7 avril 2003, l'assuré a informé l'assurance que son problème médical n'était pas lié à la cardiologie, mais était relatif à l'orthopédie et à la traumatologie. Il a joint à sa lettre un rapport médical du Dr F_____, daté du 12 novembre 2002.

    Selon le Dr F_____, du Groupe de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie, l'assuré ne souffre pas d'un problème d'origine articulaire. Il n'a diagnostiqué aucun trouble dégénératif notable au niveau du genou droit. La radiographie de la colonne

lombaire ne montre en outre pas de discopathie importante, ni un autre signe de dégénératif significatif.

22. Le 22 avril 2003, le Dr G_____, médecin conseil du GROUPE MUTUEL, a indiqué à l'assuré avoir pris connaissance des rapports médicaux du Prof. D_____ et du Dr F_____, qui confirment qu'il n'existe pas de pathologie majeure, invalidante, justifiant le prolongement de l'incapacité de travail.

23. Par certificats médicaux des 30 avril 2003 et 2 juin 2003, le Dr A_____ a une nouvelle fois attesté d'une incapacité totale de travail pour une durée d'un mois.

24. Par courrier du 19 juin 2003, le Dr A_____ a interpellé le Dr G_____. Il a exposé que l'incapacité de travail de l'assuré était due à sa maladie des membres inférieurs après crossectomie droite, au status post gastrectomie totale ainsi qu'à l'instabilité cardiovasculaire. Ces pathologies étaient en outre aggravées par une dépression. Le diagnostic principal restait cependant une pathologie post crossectomie.

25. Le 20 juin 2003, le Dr A_____ a en outre prolongé l'incapacité de travail de l'assuré d'un mois.

26. Le 11 juillet 2003, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA a persisté dans son refus de servir des prestations au titre des indemnités journalières.

27. Du 30 juillet au 30 novembre 2003, le Dr A_____ a certifié que M. K_____ était en incapacité totale de travail au moyen de cinq certificats médicaux.

28. Les 5 et 19 novembre 2003, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA a derechef persisté dans son refus de servir des prestations au titre des indemnités journalières.

29. Par certificat médical du 15 janvier 2004, le Dr H_____, du département de psychiatrie des "établissement hospitalier, a indiqué que l'état de santé de M. K_____ nécessitait un arrêt de travail à 100% du 15 janvier au 29 février 2004.

30. En date du 10 février 2004, la X_____ a licencié M. K_____, motif pris de ses nombreuses absences et de l'échéance du délai de protection de l'article 336c CO.

31. Le 11 mars 2004, le DR A_____ a rempli un rapport médical à l'intention de l'assurance-invalidité. Il a diagnostiqué qu'une lombalgie chronique, une insuffisance cardiovasculaire, une anémie et une dépression avaient des répercussions sur la capacité de travail de M. K_____. En revanche, il a précisé que la résection totale de l'estomac et le reflux gastro-oesophagien,

remontant à 1994, ainsi qu'une opération oculaire n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail.

32. Le 24 mars 2004, le Dr H_____ a rempli un rapport médical initial à l'attention de l'assurance. Il a diagnostiqué un trouble affectif, un épisode dépressif sévère avec syndrome somatique ainsi que des séquelles de différentes interventions chirurgicales. Il est en outre indiqué que suite à diverses interventions chirurgicales et à des troubles somatiques non résolus de façon satisfaisante, le patient a commencé à présenter des symptômes compatibles avec une dépression. L'incapacité de travail était indéterminée.

33. Par certificats médicaux des 8 mars 2004 et 3 mai 2004, le Dr H_____ a attesté d'une nouvelle incapacité totale de travail jusqu'au 31 mai 2004.

34. Le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA a alors repris le versement des indemnités journalière, avec effet au 15 janvier 2004.

35. Le 18 mai 2004, le Dr H_____ a rempli un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'assurance. Il a diagnostiqué un épisode dépressif sévère, avec symptômes somatiques F 32.2. L'incapacité de travail était de durée indéterminée.

36. Par certificat médical du 1er juin 2004, le Dr I_____, du département de psychiatrie des "établissement hospitalier, chargé du traitement de M. K_____, a attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2004.

37. Le 2 juin 2004, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA a mandaté le Dr Bertrand J_____afin de rendre une expertise dans le dossier de l'assuré.

38. Par certificat médical du 1er juillet 2004, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité totale de travail pour une durée d'un mois.

39. En date du 1er juillet 2004, le Dr I_____ a rédigé une attestation médicale. M. K_____ a présenté un épisode dépressif léger, dont l'évolution a été satisfaisante. Il a été en incapacité de travail pour raisons psychiatriques jusqu'au 30 juin 2004. En revanche, il est en reprise de travail depuis juillet 2004.

40. Le 6 juillet 2004, le Dr J_____a rendu son expertise. Après avoir exposé l'anamnèse du patient, examiné ses plaintes et posé des constatations médicales objectives, il n'a observé aucun diagnostic susceptible de se répercuter sur la capacité de travail. En revanche, il a diagnostiqué une "névrose d'assurance".

    Il a exposé que les douleurs sans substrat organique de la cuisse droite évoquent un syndrome somatoforme douloureux et qu'une "névrose d'assurance" semble s'être installée chez cet assuré "qui a orienté toute son attention sur des préoccupations de rente".

Une capacité totale de travail est relevée dès le 1er juillet 2004.

41. Par courrier du 14 juillet 2004, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA s'est fondé sur le rapport du Dr J_____afin de cesser le versement des indemnités journalières avec effet au 30 juin 2004.

42. Cette position a été contestée par courrier du conseil de M. K_____ en date du 24 août 2004.

    Dit courrier est accompagné d'une attestation médicale du Dr A_____ datée du 11 août 2004. L'assuré a subi une opération de gastrectomie totale en 1994 qui l'empêche de s'alimenter correctement. Il souffre en outre d'une insuffisance circulatoire à la jambe droite depuis 2002 et d'une dépression. Sa capacité de travail est estimée à 30%, à condition qu'il ne fasse pas d'efforts physiques et évite de porter des charges lourdes.

43. Le 6 octobre 2004, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA a persisté dans son refus de servir des prestations au titre des indemnités journalières.

44. Du 29 octobre 2004 au 11 juillet 2005, le Dr A_____ a régulièrement attesté de l'incapacité totale de travail de l'assuré.

45. Le 25 avril 2005, M. K_____ a subi une cholécystectomie en raison d'une cholécystite lithiasique aiguë.

46. Le 14 juin 2005, le Dr A_____ a rédigé une nouvelle attestation médicale. Les éléments de son attestation susmentionnée du 11 août 2004 sont repris. Il a cependant ajouté que depuis janvier 2005, M. K_____ souffrait de douleurs abdominales qui avaient nécessité une intervention chirurgicale le 25 avril 2005. Sa dépression était en outre toujours existante et sa capacité de travail était de 0%.

47. Par attestation médicale du 1er mai 2006, le Dr A_____ a certifié que l'état de santé de l'assuré était toujours stationnaire et que, dans l'attente d'une décision de l'AI, il était toujours en incapacité totale de travailler.

48. Le 30 juin 2006, M. K_____, représenté par son conseil, a déposé une demande en paiement. Il conclut, sous suite de dépens, à la condamnation du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA au paiement de la somme de 18'352.- fr, équivalant à 592 jours d'indemnités journalières, avec intérêts à 5% à partir du 1er mai 2005.

    La dépression, la cardiopathie, la lombalgie chronique, l'anémie et les conséquences des diverses opérations constituent des maladies ayant justifié un arrêt de travail à 100%, qui fondent un droit à des indemnités journalières dès le 1er juillet 2004.

Le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA n'était pas fondée à cesser le versement des indemnités journalières dès le 1er juillet 2004 en sa basant uniquement sur l'expertise du Dr L_____, qui n'est que partielle, qui ne prend en compte que l'état psychique du demandeur et qui n'examine pas son état somatique.

49. Par mémoire-réponse du 18 août 2006, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA a conclu au rejet de l'action du demandeur ainsi qu'à la constatation du droit de lui refuser le versement des indemnités journalières dès le 1er juillet 2004.

    Son refus est fondé sur des rapports médicaux indépendants qui ont une force probante élevée.

    L'incapacité de travail fondée sur le traitement d'un cancer de l'estomac, du stripping de varices de la jambe droite, de la dépression, des problèmes de cardiopathie et de lombalgies chronique est contestée au moyen de différents rapports médicaux qui figurent dans le dossier.

50. Après transmission de cette écriture au demandeur, la cause a été gardée à juger.

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 2004, 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. a) 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 (LAMal), et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accident. Le Tribunal des conflits a au demeurant expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise à la loi fédérale sur le

contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; ACOM/42/2006 du 13 juin 2006; ACOM/55/2005 du 26 août 2005). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) L'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action judiciaire (art. 87 LCA), qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46, al. 1, 1ère phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé.

En l'espèce, la demande, déposée dans les formes prescrites devant la juridiction compétente le 30 juin 2006 pour des prestations litigieuses à partir du 1er juillet 2004, est recevable.

c) En revanche, l'une des conclusions de l'intimé, qui demande au Tribunal de céans de constater que son droit à refuser de verser au demandeur des indemnités journalières dès le 1er juillet 2004 est fondée, est irrecevable.

En effet, il ne peut être donné suite à une demande en constatation que si le requérant rend vraisemblable qu'il a un intérêt juridique personnel et concret, digne de protection (art. 49, al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA; applicable devant le Tribunal de céans par renvoi de l'art. 89A LPA). Cette disposition consacre le principe de la subsidiarité. Une action en constatation n'est ainsi recevable que s'il est impossible d'intenter une action condamnatoire (ATA/768/1998 du 1er décembre 1998).

En l'espèce, la constatation du droit à ne pas verser une prestation est subsidiaire à la conclusion principale de l'intimée, qui est de rejeter la demande introduite par M. K_____. Partant, en application du principe de la subsidiarité, la conclusion constatatoire du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA sera déclarée irrecevable.

3. Aux termes des conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière selon LCA, catégorie P1, édition du 1er août 2000 (ci-après CGA), qui figurent au dossier, l'assurance indemnité journalière garantit les conséquences économiques d'une incapacité de gain résultant de la maladie ou de l'accident.

   Il y a incapacité de gain lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, la personne assurée n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative raisonnablement exigible (art. 4 ch. 4 CGA).

   Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale médicalement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité de gain (art. 4, ch. 2 CGA).

En l'espèce, le demandeur est au bénéfice d'une assurance couvrant le risque maladie, avec un délai d'attente de 60 jours. La durée maximale des indemnités journalières a été fixée à 730 jours sur 900 jours et le montant journalier assuré est de 31.- fr.

4. En l'occurrence, la question litigieuse est de déterminer quelle est la capacité de travail du demandeur depuis le 1er juillet 2004 et d'établir, par conséquent, si le versement des indemnités journalières doit être repris ou non.

5. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge ont besoin de documents que le médecin doit leur fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La tâche du médecin, précisée par la jurisprudence, consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

   c) Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) 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 apprécient librement les preuves, sans être liés 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. 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 précitée 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 sur-expertise 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.

d) En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, le Tribunal de céans s'est parfois écarté des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du 14 février 2006).

6. En l'espèce, le demandeur soutient que des indemnités journalières pour maladie doivent lui être servies principalement en raison de son état somatique ainsi que de l'incapacité de travail qui découle, de sa dépression, de sa cardiopathie, de sa lombalgie chronique, de son anémie et des conséquences de ses diverses opérations.

7. A titre liminaire, le Tribunal de céans relèvera que, contrairement aux affirmations du demandeur, l'intimée s'est fondée sur deux rapports médicaux complets qui examinent les problématiques psychiques et somatiques, rendus par des médecins indépendants, afin de cesser le versement des prestations.

A cet égard, le Tribunal ne peut que constater que les rapports des Dr. E_____et J_____remplissent les conditions posées par la jurisprudence pour se voir accorder une force probante. C'est ainsi que les points litigieux importants ont été étudiés, que les rapport se fondent sur des examens complets, qu'ils prennent en considération les plaintes exprimées, qu'ils ont été établis en

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical est claire et que les conclusions sont motivées.

Le Dr E_____, qui a examiné le patient sous l'angle somatique, arrive à la conclusion qu'il n'existe aucune insuffisance cardiaque, qu'une maladie coronarienne est peu probable et qu'il existe des douleurs chroniques post crossectomie de la saphène droite. Il ne relève aucune contre-indication à la reprise du travail à 100%.

Quant au Dr L_____, qui a examiné le patient sous un angle psychiatrique, il conclut à l'absence de diagnostic susceptible d'avoir une répercussion sur la capacité de travail et a considéré qu'une reprise du travail à 100% était possible à compter du 1er juillet 2004

Ces deux rapports médicaux sont suffisants pour rejeter la demande déposée par M. K_____ le 30 juin 2006. Le Tribunal de céans examinera néanmoins dans les considérants suivants les effets sur la capacité de travail, tels qu'ils ressortent des nombreux rapports médicaux qui figurent au dossier, des différents affections mentionnées par le demandeur à l'appui de ses conclusions, à savoir sa dépression, sa cardiopathie, sa lombalgie chronique, son anémie ainsi que les conséquences de ses diverses opérations.

8. Le demandeur soutient que sa dépression, qui a justifié le versement d'indemnités journalières du 15 janvier 2004 au 30 juin 2004, justifie une incapacité de travail postérieurement au 1er juillet 2004. Il se fonde notamment sur les certificats et attestations médicaux du Dr A_____.

   Ces documents, qui ne contiennent pas les éléments exigés par la jurisprudence afin de se voir reconnaître une force probante, sont contredits par plusieurs rapports médicaux figurant au dossier. Ils ne sauraient ainsi emporter la conviction du Tribunal de céans.

   D'une part, le rapport médical du Dr L_____, dont la force probante a été retenue par le Tribunal dans céans dans le considérant précédent, a exposé que cette pathologie ne justifiait plus une incapacité de travail.

   D'autre part, et surtout, le Dr I_____ qui a traité le demandeur pour son état dépressif, a exposé, dans une attestation du 1er juillet 2004, que l'évolution de la pathologie avait été satisfaisante et que M. K_____ était "en reprise de travail" depuis juillet 2004.

9. L'assuré soutient également que sa cardiopathie fonde une incapacité de travail. A nouveau, il se base sur des certificats et attestations médicaux du Dr A_____, qui ne contiennent pas les éléments exigés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une force probante.

Le Dr E_____a en outre investigué ce problème de manière approfondie et, dans un rapport médical dont la force probante a été reconnue par le Tribunal de céans dans un considérant précédent (voir supra consid. 9), a relevé qu'il n'y avait aucune contre-indication cardiologique à la reprise du travail à 100%. Il a ainsi exposé: "il n'y a pas d'insuffisance cardiaque. En effet, la fonction ventriculaire gauche est parfaitement normale à l'échographie. La dyspnée d'effort à un étage n'est donc pas d'origine cardiaque, mais probablement liée à un déconditionnement physique".

Le Dr A_____, médecin traitant de l'assuré, soutient certes un autre point de vue, mais n'expose à aucun moment des motifs susceptibles de mettre en cause le rapport médical du Dr E_____. Il faut d'ailleurs relever que, le 19 juin 2003, lorsque le médecin traitant de M. K_____ a interpellé le médecin conseil de l'intimé, le Dr A_____ a mentionné la présence d'une incapacité cardiovasculaire, relevant toutefois que le principal diagnostic demeurait toujours une pathologie post crossectomie, sur laquelle le Tribunal aura encore l'occasion de revenir (voir *infra* consid. 14). Le médecin traitant de l'assuré lui-même a donc exposé que la cardiopathie alléguée était une pathologie secondaire. De plus, le Dr A_____, dans ses attestations médicales des 11 août 2004 et 14 juin 2005, ne mentionne plus la cardiopathie alléguée comme cause d'une incapacité de travail.

Le Tribunal de céans, usant de son pouvoir d'appréciation des preuves, estime que le rapport du Dr E_____est suffisamment clair et motivé pour emporter sa conviction. Partant, il faut considérer que la cardiopathie alléguée par le demandeur ne fonde pas une incapacité de travail. Il faut d'ailleurs relever que M. K_____ lui-même, dans un courrier du 7 avril 2003, a admis que son problème de santé n'était pas lié à la cardiologie.

10. Le demandeur soutient ensuite que son incapacité de travail est également fondée sur une lombalgie chronique. Dans tout le dossier médical en possession du Tribunal de céans, ce diagnostic n'a été posé qu'à une seule reprise; par le Dr A_____ dans son rapport médical du 11 mars 2004 destiné aux services de l'assurance-invalidité.

A nouveau, ce diagnostic n'est aucunement motivé.

Par ailleurs, et surtout, le Dr F_____, consulté par l'assuré, a exposé le 12 novembre 2002 que "la radiographie de la colonne lombaire ne montre pas de discopathie importante ni autre signe de dégénératif significatif". Le radiologue consulté par le demandeur n'a donc pas diagnostiqué de lombalgie chronique.

Il faut en outre relever, une nouvelle fois, que le Dr A_____, dans ses attestations médicales des 11 août 2004 et 14 juin 2005, ne mentionne plus la lombalgie chronique alléguée comme cause d'une incapacité de travail.

11. Quatrièmement, le demandeur soutient que son incapacité de travail serait fondée sur une anémie. Cette pathologie n'a été mentionnée qu'à une seule reprise dans le rapport médical, non motivé, du Dr A_____ du 11 mars 2004 destiné aux services de l'assurance-invaldité.

    En revanche, aucun autre médecin qui a examiné l'assuré n'a relevé cette pathologie. En outre, le Dr A_____ n'a plus mentionné cette pathologie dans ses attestations médicales des 11 août 2004 et 14 juin 2005. Faute d'éléments probants susceptibles de démontrer son existence et ses effets sur la capacité de travail du demandeur, le Tribunal de céans ne peut que considérer que l'anémie, pour autant qu'elle existe, ne permet pas de justifier une incapacité de travail.

12. Le demandeur soutient enfin que les conséquences de ses diverses opérations fondent une incapacité de travail. Trois opérations principales ressortent du dossier: la gastrectomie en 1994, la crossectomie sur la jambe droite en 2002 ainsi que la cholécystectomie en 2005.

    S'agissant des effets de la gastrectomie sur la capacité de travail du demandeur, il faut relever qu'elle est mentionnée par le Dr A_____ dans ses attestations médicales des 11 août 2004 et 14 juin 2005. Pourtant, le 11 mars 2004, le même Dr A_____ avait mentionné dans le rapport médical destiné à l'assurance invalidité que la résection totale de l'estomac et le reflux gastro-oesophagien n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Devant ces indications contradictoires, le Tribunal de céans ne saurait considérer que ce médecin a démontré à satisfaction de droit que la capacité de travail de M. K_____ était touchée par la gastrectomie subie en 1994. On peut au demeurant sérieusement douter que les effets allégués de la gastrectomie puissent fonder une obligation de prester à charge de l'assurance. En effet, en l'espèce, le droit aux prestations du demandeur ne peut être exercé que pour les maladies qui surviennent pendant la durée de la couverture d'assurance (art. 8 ch. 2 let. a CGA). La couverture pour l'assurance indemnité journalière ayant débuté le 1er janvier 2002, les conséquences d'une pathologie qui a débuté en 1994 ne sont à priori pas couvertes par l'assurance indemnité journalière.

    Les douleurs ressenties par l'assuré suite à la crossectomie sur la jambe droite subie en 2002 ne fondent pas non plus un droit à des prestations. Certes, le Dr A_____ a, depuis 2002, soutenu que cette problématique justifiait une incapacité de travail. Toutefois, le rapport médical complet du Dr E_____, dont la force probante a déjà été relevée précédemment par le Tribunal de céans, a démontré que les éléments physiques ne pouvaient expliquer cette problématique. Il a ainsi conclu à l'absence d'incapacité de travail à cet égard. Cette position ressort en outre des rapports du Prof. D_____, qui a considéré qu'il s'agissait de douleurs post-opératoires difficilement explicables, du Dr F_____, qui n'a constaté aucun problème articulaire, ainsi que du Dr C_____. Ce dernier n'a

ainsi relevé aucune particularité, aucun hématome et des veines profondes libres. Le Dr J_____a au demeurant également constaté que, sur le plan psychique, les douleurs évoquées par l'assuré ne justifiaient pas une incapacité de travail.

Enfin, s'agissant de la cholécystectomie subie en 2005, aucun rapport ou certificat médical n'expose un effet prolongé sur la capacité de travail du demandeur.

13. Que cela soit individuellement ou dans leur ensemble les affections mentionnées par le demandeur ne fondent ainsi pas, depuis le 1er juillet 2004, une incapacité de travail. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a refusé de servir des prestations au titre de l'indemnité journalière dès le 1er juillet 2004. La demande ne peut dès lors qu'être rejetée.

Le demandeur, représenté par un avocat, n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 89H, al. 3 LPA). La procédure étant gratuite, il ne sera en outre pas perçu de frais (art. 89H, al. 1 LPA). L'intimé n'a en outre pas droit à des dépens (art. 89H, al. 3 LPA *a contrario*).

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.

2. Déclare la conclusion en constatation formée par le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA irrecevable.

Au fond :

3. Rejette la demande.

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.

La greffière	Le Juge suppléant:
Sylvie CHAMOUX	Stéphane GRODECKI

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