REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2446/2007 **ATAS/1155/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 23 octobre 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée 3974 MOLLENS demanderesse

contre

LA MOBILIERE SUISSE, SOCIETE D'ASSURANCES, sise Bundesgasse 35, case postale, 3001 BERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GRUMBACH Philippe défenderesse

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____ a exercé une activité lucrative à titre d'indépendante en qualité de naturopathe jusqu'en 2006. A ce titre elle a conclu divers contrats d'assurances avec LA MOBILIERE SUISSE, SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après LA MOBILIERE), dont un contrat d'assurance-maladie collective et un contrat d'assurance-accident en juillet 2000.

2. La Dresse A_____, généraliste et médecin traitant, a attesté depuis le 1er avril 2003, de plusieurs périodes d'incapacité de travail entière ou à 50% pour cause de maladie. Le médecin a posé les diagnostics de surmenage professionnel chronique depuis plusieurs années et état dépressif anxieux.

   Dans un rapport du 25 janvier 2005, la Dresse A_____ a indiqué que sa patiente souffrait de sciatalgie droite aiguë, de cervico-scapulalgie secondaire, d'un surmenage aigu, d'un syndrome de type fibromyalgique, d'un état anxio-dépressif secondaire et d'un épuisement physique et nerveux. Une imagerie par résonnance magnétique (IRM) cervico-dorso-lombaire a été pratiquée le 12 janvier 2005 par le Dr Philippe ROSSIER, à l'issue de laquelle celui-ci a relevé:

   "IRM cervico-dorso-lombaire dans les limites de la norme, nous notons une minime uncarthrose C4 et C5, discrète saillie discale C6-C7 toutefois sans contrainte radiculaire ou médullaire, pas d'anomalie au niveau dorsal et lombaire".

3. LA MOBILIERE a confié au Dr B_____ le mandat d'examiner l'assurée. Un rapport d'expertise a ainsi été établi le 23 février 2005.

   Selon le Dr B_____, les douleurs sans base organique de l'assurée répondent à la nosologie d'un syndrome douloureux somatoforme léger. Il considère qu'il convient de l'encourager progressivement à un retour en emploi, lequel constitue l'ultime moyen de récupération fonctionnelle et de santé.

4. Par courrier du 11 mars 2005, LA MOBILIERE a informé l'assurée qu'il serait mis fin au versement des indemnités journalières à partir du 14 mars 2005, dès lors qu'elle était considérée comme capable de travailler à 100%. Néanmoins, LA MOBILIERE a interrogé à nouveau la Dresse A_____ le 10 mars 2005. Celle-ci lui a répondu que les diagnostics justifiant l'incapacité de travail depuis le 25 février 2005 étaient les mêmes que ceux justifiant l'arrêt du 9 novembre 2004 à savoir : "burn out, c'est-à-dire épuisement physique et nerveux, syndrome de type fibromyalgique, à ajouter depuis le début février 2005 un état anxio-dépressif réactionnel et de l'hypersomnie : PSH aiguë bilatérale."

   Le 24 mars 2005, LA MOBILIERE a dès lors confirmé la fin de ses prestations au 14 mars 2005.

5. Un échange de correspondance entre les parties s'en est suivi, aux termes desquels l'assurée a plus particulièrement critiqué la façon dont le Dr B_____ avait établi son rapport d'expertise.

6. La Dresse C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a dans un rapport du 19 septembre 2005, indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 3 août 2005, que celle-ci souffrait de lombalgies de longue date en nette augmentation depuis 2004, qu'elle se plaignait également de douleurs de l'épaule droite selon les mouvements ainsi que de douleurs du pied droit à la marche. Elle a ainsi posé les diagnostics de lombalgies subaiguës de tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite et a suspecté un syndrome de Morton du pied droit. Elle a précisé qu'une IRM lombaire avait été effectuée le 9 août 2005, laquelle montre de discrets troubles dégénératifs. Elle a en outre signalé que les radiographies du pied étaient normales, mais que l'assurée avait rendez-vous prochainement avec la Dresse D_____, chirurgien orthopédique, pour un avis spécialisé.

7. LA MOBILIERE a confié au Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, un mandat d'expertise.

   Dans son rapport du 11 novembre 2005, le Dr E_____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique touchant la colonne vertébrale et les ceintures scapulaires et pelviennes sans substrat anatomique, épaule douloureuse droite sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs, métatarsalgies sur névrome de Morton à droite et entorse externe de la cheville droite au décours.

   Il a proposé de reconnaître les périodes de capacité de travail suivantes :

   - 50% du 3 août au 14 septembre 2005
   - 0% du 15 septembre 2005 au 19 octobre 2005
   - 25% depuis le 20 octobre 2005
   - 50% depuis le 1er novembre 2005
   - 75% depuis le 14 novembre 2005
   - 100% depuis le 1er décembre 2005

   Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr E_____, et plus particulièrement sur les périodes d'incapacité de travail retenues, LA MOBILIERE a, par courrier du 24 novembre 2005, informé l'assurée qu'un décompte annulant et remplaçant ses prestations versées en date du 11 novembre 2005 lui parviendrait ultérieurement et lui a versé le montant de 13'919 fr. 40 pour la période du 3 août au 30 novembre 2005.

8. Par courrier du 29 janvier 2006, l'assurée s'est à nouveau plainte de l'expertise du Dr B_____, "qui a déjà fait pas mal de dégâts sur le plan humain".

9. Le 15 février 2006, représentée par Maître Manuel MOURO, l'assurée a contesté être en mesure de reprendre son activité professionnelle à 100% et a sollicité de LA MOBILIERE qu'elle lui transmette copie des expertises médicales.

10. Par courrier du 12 juin 2007 adressé au Tribunal de céans, l'assurée a entendu dénoncer le comportement du Dr B_____. Elle sollicite plus particulièrement du Tribunal qu'il intervienne pour "arrêter le massacre". Elle souligne par ailleurs que "vu la confiance à tort que LA MOBILIERE fait à cette expertise, il est important que votre instance puisse être à connaissance des faits qui ont déterminé l'arrêt du versement de l'indemnité perte de gain qui a engendré la destruction de ma vie professionnelle, le licenciement de mon employée et les graves conséquences pour ma santé et ma vie privée".

11. Invitée par le Greffe du Tribunal à communiquer copie de la décision sur opposition contre laquelle elle entendait recourir, l'assurée a transmis copie du rapport d'expertise du Dr B_____ et a précisé ce qui suit :

    "Je réponds à votre lettre du 25 juin et je souhaiterais avant tout faire une précision c'est-à-dire que ma plainte s'adresse surtout au Dr B_____ car par son rapport absolument "débile" dont je conteste la totalité car il est inventé à 80% ce qui a créé le grave incident et les faits qui ont suivi, il est certes que LA MOBILIERE lui ayant fait confiance et n'ayant pas tenu compte de mon recours et des explications "claires et nettes" sur le déroulement de la fameuse séance est aussi responsable. En ce qui concerne les documents je crois avoir envoyé un dossier complet mais c'est avec plaisir que je vous retourne une copie de l'expertise avec le commentaire point par point contesté. (…) Je vous rappelle aussi que plusieurs plaintes à Genève et à Lausanne sont déposées pour les mêmes fautes, Monsieur B_____ a été jugé mais il a fait recours".

12. Le 31 juillet 2007, l'assurée a fait parvenir au Tribunal de céans un certain nombre de documents, soit un échange de courriers entre LA MOBILIERE et elle-même.

13. Par courrier du 8 août 2007, LA MOBILIERE a expliqué qu'après avoir pris connaissance du dossier de l'assurance-invalidité, existant depuis 1995 déjà, elle avait constaté que la demanderesse n'avait pas répondu de manière correcte aux questions posées lors de la conclusion des contrats d'assurance-maladie et accidents en juillet 2000. Elle a par conséquent résilié les deux contrats (pour autant qu'ils ne le soient pas déjà) pour cause de réticence.

14. Dans sa réponse du 31 août 2007, LA MOBILIERE dit ne pas comprendre la nature exacte des conclusions et des motifs à l'appui de la demande de l'assurée. Elle considère ainsi que le courrier de celle-ci ne respecte pas les conditions formelles auxquelles une demande en justice doit répondre, de sorte qu'elles sont irrecevables en tant qu'elles sont dirigées contre l'assurance. Elle constate que l'assurée critique principalement l'expertise du Dr B_____ et demande au Tribunal de céans

"de bien vouloir intervenir pour arrêter le massacre". LA MOBILIERE en conclut que la demande ne la concerne pas directement et qu'elle n'a dès lors pas la légitimation passive.

15. Les parties ont été entendues le 9 octobre 2007 par le Tribunal de céans.

    L'assurée a expliqué que sa démarche auprès du Tribunal de céans avait deux buts : dénoncer l'incompétence de l'expert B_____, d'une part, et réclamer à LA MOBILIERE le versement des prestations auxquelles elle a droit et que celle-ci lui a refusées sur la base du rapport d'expertise B_____, d'autre part.

    L'assurée a toutefois précisé qu'elle était d'accord avec les conclusions du Dr B_____, selon lesquelles elle ne souffre d'aucune atteinte ni psychique ni psychiatrique.

    Elle a souligné que LA MOBILIERE avait eu connaissance des rapports établis par la Dresse A_____, la Dresse LÜPS et la Dresse F_____ concernant ses problèmes physiques, ce, avant qu'elle ne mandate le Dr B_____ comme expert.

    Maître WENGER, représentant Maître Philippe GRUMBACH, mandataire de LA MOBILIERE, a attiré l'attention du Tribunal sur le fait qu'au moment où elle avait désigné le Dr B_____ pour examiner l'assurée, LA MOBILIERE ne disposait que des diagnostics posés par la Dresse A_____, soit ceux de surmenage aigu avec décompensation psychique, de burn out, de fibromyalgie et d'état anxio-dépressif.

16. Sur ce la cause a été gardée à juger.

17. Par courrier du 12 octobre 2007, le Tribunal de céans a communiqué copie des écritures des 12 juin et 6 juillet 2007 à lui adressés par l'assurée à l'ASSOCIATION DES MEDECINS DU CANTON DE GENEVE, ainsi qu'à la COMMISSION DE SURVEILLANCE DES PROFESSIONS DE LA SANTE ET DES DROITS DES PATIENTS, comme objet de leur compétence.

EN DROIT

1. 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). Cette compétence couvre l'ensemble des contestations relatives aux assurances complémentaires, que celles-ci soient offertes par un assureur social ou

par un assureur privé (arrêt du Tribunal fédéral non publié du 8 février 2007, no 5P.359/2006).

En l'occurrence, la défenderesse est un assureur privé offrant une assurance complémentaire à la LAMal. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, pour autant qu'il porte sur le droit à des prestations découlant de l'un des contrats d'assurance-maladie ou d'assurance-accidents conclus par la demanderesse avec LA MOBILIERE.

2. La demanderesse a saisi le Tribunal de céans afin de dénoncer l'incompétence du Dr B_____ et d'obtenir qu'il soit dit que LA MOBILIERE a eu tort de se fonder sur l'expertise de ce médecin pour lui refuser des prestations.

   Elle critique principalement l'expertise et demande au Tribunal de céans "de bien vouloir arrêter le massacre". Or, une plainte déposée contre un médecin ne constitue pas une contestation relative aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Force dès lors est de constater que le Tribunal de céans n'est pas compétent pour se prononcer sur une telle plainte, raison pour laquelle il a transmis, comme objets de leur compétence, les écritures de la demanderesse à l'ASSOCIATION DES MEDECINS DU CANTON DE GENEVE, ainsi qu'à la COMMISSION DE SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE.

3. Le contrat liant les parties ressortit à la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA). Cette loi a subi des modifications, en vigueur depuis le 1er janvier 2006. Cependant, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors, les dispositions de la LCA seront citées, le cas échéant, dans leur teneur antérieure au 1er janvier 2006.

4. La loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais que doivent observer les assurés qui entendent contester une décision prise en matière d'assurance complémentaire, la notion de décision n'ayant du surcroît pas le même sens que dans le domaine de l'assurance obligatoire. En revanche, selon l'art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 LSA).

   En vertu de l'art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), la demande ou le recours adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales contient pour les personnes physiques les nom, prénom et domicile ou

résidence des parties (let. a), un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués (let. b), des conclusions (let. c). Si ces conditions de forme ne sont pas respectées, le Tribunal cantonal des assurances sociales impartit un délai convenable à l'auteur de l'écriture pour compléter son écriture en indiquant qu'en cas d'inobservation, la demande ou le recours sera écarté (art. 89B al. 2 LPA).

5. La défenderesse considère que la demande est irrecevable. Elle relève à cet égard que dans ses écritures des 12 juin et 6 juillet 2007, la demanderesse n'a pas présenté un exposé des faits, n'a pas motivé sa demande et n'a pas pris de conclusions chiffrées ou suffisamment précises, au point qu'il est même impossible de comprendre la nature exacte de ses prétentions.

6. Il est avéré que l'écriture du 12 juin 2007, bien que complétée le 6 juillet 2007, ne satisfait pas aux exigences formelles de l'art. 89B al. 1 LPA. Dans un tel cas, l'alinéa 2 de cette disposition légale impose aux tribunaux d'accorder un bref délai aux demandeurs pour parfaire leur écriture. En l'espèce, le Tribunal de céans n'a pas imparti de délai à la demanderesse, mais l'a entendue et lui a expressément demandé quel était le but qu'elle poursuivait en saisissant la juridiction. Lors de l'audience du 9 octobre 2007, la demanderesse a ainsi expliqué qu'elle souhaitait dénoncer le comportement du Dr B_____, mais aussi réclamer à la défenderesse le versement des prestations que celle-ci lui avait refusées en se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise de ce médecin.

   Il est vrai que la demanderesse n'a pas chiffré ses prétentions ; elle n'a pas non plus précisé sur quelles périodes elles portaient. Toutefois, l'art. 47 al. 2 LSA impose aux cantons de prévoir une procédure simple et rapide régie par le principe inquisitoire et une telle exigence de célérité pourrait précisément empêcher, dans certains cas, de déclarer irrecevable une demande ne respectant pas les exigences formelles et de contraindre la demanderesse à présenter une nouvelle demande. Il suffirait le cas échéant d'ordonner une instruction complémentaire qui permettrait de connaître exactement le montant des prestations dont la demanderesse souhaite réclamer le paiement. La demande pourrait ainsi être considérée comme étant recevable au sens formel du terme.

   Cependant, la question de savoir si les conditions formelles de recevabilité sont ou non réalisées peut rester ouverte, la demande devant quoi qu'il en soit, et pour un autre motif, être déclarée irrecevable.

7. La demanderesse reproche à LA MOBILIERE de s'être fondée sur l'expertise du Dr B_____, alors que cette expertise est "débile". Elle a cependant expliqué lors de son audition qu'elle ne contestait pas les conclusions de l'expert selon lesquelles aucun diagnostic psychique ou psychiatrique ne pouvait être retenu, mais uniquement la façon dont l'examen s'était déroulé et dont le rapport avait été rédigé. Interrogée sur l'intérêt qu'elle avait à ce qu'un tribunal constate les lacunes, les

contradictions, les incohérences et les erreurs contenues dans le rapport d'expertise, la demanderesse s'est bornée à insister sur le fait qu'elle ne présentait aucune atteinte psychique ou psychiatrique, et a rappelé qu'en revanche elle était très handicapée sur le plan physique. Il convient de rappeler à ce stade que LA MOBILIERE a accordé à la demanderesse des prestations sur la base des conclusions de l'expert rhumatologue E_____.

En d'autres termes, la demanderesse nie au rapport du Dr B_____ toute valeur probante. Pour qu'une expertise se voie conférer une valeur probante, il faut que le rapport soit complet, qu'il comporte une anamnèse, une description claire des interférences médicales et des conclusions bien motivées (cf. ATF du 22 janvier 2002, 5P.421/2001, consid. 4c). Tel n'est pas le cas si l'expert n'a pas répondu aux questions posées, si ses conclusions sont contradictoires ou si, de quelle qu'autre façon, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, que le juge ne pouvait tout simplement pas les ignorer (cf. ATF du 20 avril 2001, 5P.457/ 2000, consid. 4a et la référence).

Force est toutefois de constater que le Tribunal de céans ne saurait entrer en matière sur la question de la valeur probante de ce rapport d'expertise, dans la mesure où la qualité pour agir de la demanderesse ne peut être reconnue et ce pour les motifs qui suivent.

8. En vertu du principe de l'unité de la procédure, la qualité pour agir devant les juridictions cantonales, dont les décisions sont sujettes à recours de droit administratif, ne peut être soumise à des conditions différentes à celles qui régissent la qualité pour recourir au sens de l'art. 103 let. a de la loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (OJ). (ATF 130 V 562 consid. 3.2).

   Selon l'art. 103 let. a OJ a qualité pour recourir quiconque est atteint par une décision attaquée ou à un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. Est considéré par la jurisprudence comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. Doit être qualifié d'intérêt digne de protection l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, soit le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret. La personne doit se trouver notamment dans un rapport suffisamment étroit avec la décision. Cela n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 130 V 202 consid. 3, 127 V 3 consid. 1 b, 82 consid. 3 a/aa).

   Les autorités judiciaires n'entrent en matière que sur les demandes qui sont fondées sur un intérêt suffisant et, en principe, actuel. S'agissant de prétentions découlant du droit fédéral, seule importe la question de savoir s'il y a un intérêt suffisant à

obtenir une décision judiciaire (ATF 122 III 279 consid. 3a p. 282 et les références citées). Selon la jurisprudence, l'action en constatation de droit est recevable si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du droit litigieux. Il doit s'agir d'un intérêt majeur, de fait ou de droit. En règle générale, cet intérêt fait défaut lorsque le demandeur peut immédiatement exiger une prestation exécutoire en sus de la simple constatation. Le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence et l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (ATF 122 III 279 consid. 3a p. 282; 120 II 20 consid. 3 p. 22; 114 II 253 consid. 2a p. 255; 110 II 352 consid. 2 p. 357).

9. Ainsi, l'objet d'une demande en justice ne peut porter que sur des questions juridiques actuelles dont les conséquences touchent concrètement le justiciable. La recevabilité d'une action en constatation est admise si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate de rapports de droit litigieux et ne peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatoire (ATF 119 V 13, consid. 2a). Or, en l'espèce, la demanderesse déclare elle-même que même si LA MOBILIERE avait écarté l'expertise B_____, il conviendrait de tenir compte du fait qu'elle ne souffre d'aucune atteinte d'ordre psychique ou psychiatrique. Aucun droit à des prestations supplémentaires à celles reçues sur la base de l'expertise E_____ n'aurait ainsi pu, quoi qu'il en soit, lui être reconnu. Force est en conséquence de constater que l'intérêt digne de protection requis pour agir fait défaut.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Se déclare incompétent en ce qui concerne la plainte contre le Dr B_____.
2. Déclare la demande irrecevable.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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