

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3928/2013

ATAS/550/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 14 juillet 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VETRAZ MONTHOUX, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CONTI
Emilie

Recourant

contre

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise Römerstrasse 38,
WINTERTHUR

Intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ a été engagé par la société B_____ SA en date du 1^{er} mars 2006, en qualité de « mécanicien-outilleur-faiseur d'étampes ».

L'intéressé était assuré auprès d'Helsana, par l'intermédiaire de son employeur, pour une assurance indemnité journalière perte de gain maladie jusqu'au 31 décembre 2012.

2. Souffrant d'une hernie lombaire, il a été en arrêt-maladie du 18 décembre 2012 au 27 janvier 2013.
3. Par courrier remis en mains propres le 28 janvier 2013, son employeur l'a informé qu'il mettait un terme à son contrat de travail, avec effet au 31 mars 2013, aux motifs suivants : « la réalisation de votre travail, qui n'est toujours pas à la hauteur de nos attentes et surtout votre attitude, ainsi que votre comportement, qui ne sont absolument pas en adéquation avec les règles d'entreprise ».

L'intéressé a à nouveau été en arrêt de travail, à compter du lendemain, pour dépression.

4. Par courrier du 4 février 2013, Swica assurance-maladie SA (ci-après : l'assureur) a informé l'intéressé qu'elle avait repris la gestion administrative du contrat en lieu et place d'Helsana, dès le 1^{er} janvier 2013, pour une assurance indemnité journalière perte de gain maladie selon la LCA de 80% du salaire, dès le quinzième jour durant 730 jours, correspondant à CHF 204.40.
5. L'intéressé a déposé le 3 juin 2013 une demande auprès de l'Office cantonal AI visant à l'octroi de prestations.
6. L'intéressé a été examiné, sur demande de l'assureur, par la doctoresse C_____, rhumatologue, de la clinique Corela. Celle-ci a indiqué le 6 juin 2013, que la capacité de travail de l'intéressé était de 100% sans diminution de rendement dès le 6 juin 2013 dans l'activité professionnelle habituelle. Elle a confirmé cette conclusion le 30 août 2013.
7. Un rapport d'expertise a également été rendu par le docteur D_____, psychiatre, le 27 juin 2013. Celui-ci n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, mais a fait état d'un trouble de l'humeur lié à l'alcool et/ou trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité moyenne, d'une dépendance éthylique et d'une non-observance au traitement (Anafranil). Il a conclu à une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} juin 2013.
8. L'incapacité totale de travailler de l'intéressé a été due à une dépression jusqu'au 3 juillet 2013, puis à une névralgie cervico-brachiale droite sur hernie discale foraminale droite C6-C7, selon certificat établi le 10 juillet 2013, par le docteur E_____, généraliste à Ville-la-Grand.

-
9. Le 3 septembre 2013, l'assureur a précisé à l'intéressé qu'il avait requis les expertises des Drs C_____ et D_____ sur son aptitude au travail afin d'être en mesure de se déterminer sur la poursuite du versement des indemnités journalières, et lui a confirmé qu'aucune indemnité ne lui serait plus versée dès le 11 juin 2013. Le 20 septembre 2013, l'assureur a indiqué que les certificats médicaux que lui avaient adressés l'intéressé ne justifiaient pas une péjoration de l'état de santé et ne modifiaient pas, partant, sa position. Il a par ailleurs précisé que l'intéressé n'était plus assuré par lui dès le 1^{er} septembre 2013.
 10. L'intéressé a été hospitalisé du 10 au 15 septembre 2013 suite à un tentamen.
 11. Le 26 septembre 2013, l'intéressé, représenté par Me Emilie CONTI, a contesté le bien-fondé des décisions de l'assureur et demandé à passer à l'assurance individuelle.
 12. Le 7 octobre 2013, l'assureur a précisé que le maintien de la couverture d'assurance à titre individuel n'était possible qu'en cas de poursuite de l'arrêt de travail au-delà de la fin des rapports de travail. En cas d'aptitude au placement, une couverture d'assurance n'est en effet pas réalisable pour les assurés domiciliés hors du territoire suisse.
 13. Après un échange de courriers avec l'intéressé en juin et juillet 2013, l'employeur a finalement fixé la fin du contrat de travail au 30 septembre 2013 et payé l'entier du salaire jusqu'à cette date. Il a refusé toutefois de tenir compte des nouveaux certificats médicaux à lui remis par l'intéressé, considérant, tout comme l'assureur, que celui-ci était entièrement capable de travailler depuis le 11 juin 2013.
 14. L'intéressé a subi le 15 octobre 2013, une discectomie cervicale réalisée au final sur deux étages en C5-C6 et en C6-C7 par le docteur F_____, neurochirurgien.
 15. Le 3 décembre 2013, l'intéressé a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement dirigée contre l'assureur, concluant à ce qu'il soit dit et constaté qu'il s'était trouvé en incapacité de travail totale en raison de troubles anxieux et dépressifs du 29 janvier au 3 juillet 2013 et en raison d'une névralgie cervico-brachiale droite depuis le 4 juillet 2013, à ce qu'il soit dit et constaté qu'il a en conséquence toujours droit aux indemnités journalières pour perte de gain et à ce que l'assureur soit condamné à lui payer la somme de CHF 12'468.40 avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} novembre 2013 (date médiane), représentant les indemnités journalières dues du 1^{er} octobre au 30 novembre 2013.

Il a joint à sa demande un compte-rendu d'hospitalisation du 10 au 15 septembre 2013 et un compte-rendu opératoire du 15 octobre 2013 pour la discectomie cervicale.
 16. Invitée par l'assureur à se déterminer sur les nouvelles pièces médicales produites par l'intéressé, la Dresse C_____ a indiqué le 29 janvier 2014, que
-

« Nous savions en effet que la discectomie cervicale avait été proposée sur un seul étage, mais comme évoqué dans le précédent rapport du 30 août 2013, nous la lui avons déconseillée devant différents arguments.

Du point de vue des plaintes évoquées, il n'y avait pas de cervicalgies à proprement parler, puisque les douleurs à type de picotement touchaient essentiellement le muscle trapèze et non le rachis cervical. (...)

Les interventions sont basées sur la durée des plaintes, la notion de souffrance par compression nerveuse et l'imagerie qui prouve la compression.

En l'occurrence :

- L'imagerie n'a pas confirmé la compression nerveuse. Un ENMG a été réalisé en plus. (...) Or, cet examen n'a pas non plus démontré de souffrance nerveuse objective prenant un point de départ cervical. (...)

- Il convient d'attendre environ six mois après l'apparition des plaintes pour envisager une intervention. Sur ce point, la date d'apparition des plaintes réelle restera difficile à estimer puisque trois dates ont été précisées. Pour le médecin traitant, il s'agit du 4 juillet, lors de mon entretien, il s'agissait de mars 2013 et la neurologue a évoqué des doléances depuis janvier 2013. Si les plaintes datent de janvier ou mars, l'intervention est planifiée correctement, si elles datent de juillet, l'intervention a été un peu précoce, mais s'est en outre basée sur des plaintes et non une lésion anatomique subjective.

Au total, s'il y avait donc des signes dégénératifs sur l'IRM, les examens clinique et électrique, ainsi que rétrospectivement, l'analyse des plaintes de l'exploré ne permettaient pas de conclure à la responsabilité des lésions dégénératives visualisées dans la symptomatologie avancée par l'investigué.

C'est d'ailleurs dans ce sens qu'au terme de ma précédente évaluation, j'avais déconseillé l'intervention chirurgicale, laquelle est certes techniquement possible, mais a une faible probabilité d'être à l'origine d'une amélioration des plaintes algiques avancées par l'examiné.

En ce qui concerne le fait d'avoir opéré deux étages au lieu d'un seul, il s'agit d'un choix thérapeutique, un potentiel d'aggravation à l'étage adjacent pouvant survenir, mais je ne partage pas l'indication thérapeutique basée sur des plaintes et non des faits objectifs.

La discectomie C5-C6 et C6-C7 réalisée le 15 octobre 2013 ne modifie donc pas mon point de vue précédent. L'incapacité y relative dans ce cas est, sur le plan médico-théorique, de 0% ».

17. Dans sa réponse du 4 février 2014, l'assureur se réfère expressément aux conclusions des Drs C_____ et D_____, dont il considère qu'elles ont valeur probante. Selon l'assureur, les rapports des Drs E_____, G_____ et F_____ et de la

Dresse H_____ ne remettent pas en cause les appréciations convaincantes des Drs C_____ et D_____. Il conclut au rejet de la demande.

18. Dans sa réplique du 11 mars 2014, le demandeur conteste avoir recouvré une pleine capacité de travail depuis le 11 juin 2013 et allègue se trouver au contraire totalement incapable de travailler, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Il relève à cet égard que le service médical régional AI (SMR) a d'ores et déjà admis que l'activité habituelle n'était plus exigible, de sorte que l'OAI lui a proposé un reclassement professionnel en tant que programmeur-régleur sur machines CNC.

Il conteste les conclusions du Dr D_____, selon lesquelles il pourrait être considéré comme en partie responsable de son évolution actuelle en raison d'un éthyisme qu'il qualifie de probablement primaire sur la seule base de l'anamnèse familiale positive pour les problèmes d'alcool. Il explique qu'en réalité son licenciement l'a plongé dans un état de dépression et l'a conduit à une tentative de suicide médicamenteuse le 15 septembre 2013. Il joint à ses écritures un bref rapport de son médecin traitant psychiatre, le Dr I_____, daté du 4 mars 2014, selon lequel « il n'est pas en mesure de travailler - en premier lieu en lien avec une incapacité physique dont il a été opéré en octobre 2013 - en deuxième lieu, il présentait des phénomènes anxieux liés au conflit avec son précédent employeur », et une attestation signée par le Dr J_____, du Centre médico-psychologique de Vétraz-Monthoux (France), le 27 février 2014, selon laquelle celui-ci le suit depuis le 11 septembre 2013 pour épisode dépressif réactionnel à « l'accumulation de multiples facteurs au stress environnementaux ».

Il conteste également l'avis de la Dresse C_____ pour laquelle les signes dégénératifs visibles sur l'IRM n'étaient pas en lien avec sa symptomatologie, et allègue à cet égard que les douleurs avaient quasiment disparu suite à l'intervention du 15 octobre 2013. Celle-ci ne lui avait toutefois pas permis de retrouver une capacité de travail dans son activité d'étampage, de sorte que l'OAI avait pris en charge des mesures de reclassement.

Il considère ainsi qu'indépendamment de la fin du contrat de travail, l'assureur devra continuer à lui verser ses prestations tant qu'il n'aura pas recouvré sa capacité de travail, et ce jusqu'à l'échéance des 730 jours et déduction faite des prestations AI dont le droit lui sera reconnu dans l'intervalle.

Il réclame dès lors en plus le paiement des indemnités journalières des mois de décembre 2013, de janvier, février et mars 2014, à raison de CHF 204.40 par jour, soit un montant de CHF 24'732.40, sous déduction des indemnités journalières de l'AI. Il demande par ailleurs que la chambre de céans ordonne une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et neurochirurgicale, pour déterminer son incapacité totale de travail à compter du 11 juin 2013.

-
19. Dans sa duplique du 8 avril 2014, l'assureur, rappelant que l'intéressé n'avait pas contesté la fin des rapports de travail au 30 septembre 2013 auprès de son employeur, d'une part, et qu'il présentait déjà une incapacité physique depuis le début de l'incapacité de travail au 18 décembre 2012, d'autre part, en conclut qu'il n'y a pas de nouvelle période de protection.

Il considère que le rapport du Dr D_____, quant à un éthyisme primaire, est tout à fait probant puisqu'il résulte des rapports médicaux, ainsi que des comptes-rendus du care-manager et du conseiller en ressources humaines, que l'intéressé présentait un tel éthyisme. Le compte-rendu d'hospitalisation pour la période du 10 au 15 septembre 2013 concluait par ailleurs à une ivresse aiguë.

S'agissant de l'avis du SMR évoqué par l'intéressé, l'assureur souligne que le médecin du SMR est généraliste et qu'il n'a manifestement pas pris connaissance de l'expertise de la Dresse C_____.

Il constate enfin que l'intéressé perçoit des indemnités journalières AI depuis le 1^{er} janvier 2014, dont le montant est supérieur à sa propre indemnité journalière, de sorte que celui-ci ne peut plus faire valoir aucune perte de gain depuis cette date.

L'assureur maintient dès lors ses conclusions tendant au rejet de la demande de l'intéressé.

20. Par écriture spontanée du 13 mai 2014, l'intéressé a indiqué qu'il avait en réalité bel et bien contesté auprès de son employeur la date de fin des rapports de travail au 30 septembre 2013. Il joint à ce propos copie d'un courrier adressé par sa mandataire à l'employeur le 30 septembre 2013, aux termes duquel,

« tel qu'il ressort des nouveaux certificats médicaux ci-joints, l'incapacité de travail de *l'intéressé* perdure et devrait perdurer pour au moins trois mois encore, une opération des cervicales dont la période de convalescence est estimée à trois mois étant agendée au 15 octobre 2013.

Il s'ensuit que *l'intéressé* sera en incapacité de gain jusqu'à la fin du mois de novembre au minimum.

Or, cette incapacité de travail résultant d'un problème de cervicales, pathologie n'ayant été la cause de son incapacité de travail qu'à compter du 1^{er} juillet 2013, l'incapacité précédente ayant été due à une dépression, le délai de protection y afférent court toujours, et la fin du contrat prévue pour le 30 septembre 2013 devra être reportée au 30 novembre 2013. »

21. Le demandeur a précisé le 20 novembre 2014 que l'employeur avait refusé d'entrer en matière.
22. Les parties ont été informées par la chambre de céans que celle-ci entendait soumettre l'assuré à une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, auprès des docteur K_____ et L_____. La chambre de céans leur a indiqué quelles seraient les questions qu'elle envisageait de leur poser.

-
23. Par courrier du 2 juin 2015, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de remarques à formuler en ce qui concerne les experts retenus. Il a en revanche proposé d'inclure quelques questions supplémentaires à la mission qui sera confiée aux experts.
 24. Le même jour, l'assureur s'est également déterminé. Il s'étonne de la décision de la chambre de céans d'ordonner des expertises, dans la mesure où seules demeurent litigieuses des indemnités journalières du 1^{er} octobre au 31 décembre 2013. Il relève que l'assuré est actuellement toujours en réadaptation, ce qui signifie qu'à l'issue de celle-ci, il va pouvoir retrouver une activité. Il ajoute que l'OAI a du reste renoncé à instruire l'aspect psychiatrique. Il considère dès lors que, s'agissant d'examiner la capacité de travail de l'assuré d'octobre à décembre 2013, les experts ne seront sans doute pas en mesure de se prononcer utilement. Cela étant, il précise que si la chambre de céans maintient sa décision, il n'a pas de motif de récusation à faire valoir contre les deux médecins retenus et pas de question complémentaire à poser.
 25. Ces courriers ont été transmis aux parties.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En vertu de l'art. 90 CGA SWICA, version 2006, les assurés ont la possibilité d'agir en justice au domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'assuré.

En l'espèce, le domicile du preneur d'assurance est à Genève, de sorte que la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, comme en l'espèce, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. En matière

d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance.

Partant, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance souscrite par son employeur, le demandeur est fondé à agir à l'encontre de la défenderesse.

4. Par conséquent, déposée dans les formes prévues à l'art. 244 CPC, la demande est recevable.
5. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). La présente demande n'est pas soumise à une tentative préalable de conciliation
6. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519

consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

La partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

7. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références; cf. également ATF 134 V 231 consid 5.1; ATF non publié 4A_412/2010 du 27 septembre 2010, consid. 3.1).).

Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; ATF non publié 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de

son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et ATF 135 V 465 consid. 4.4; ATF non publié 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.3).

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par le rapport de l'expert, qu'il doit apprécier en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. S'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 129 I 49 consid. 4; ATF 128 I 81 consid. 2; ATF 122 V 157 consid. 1c). De tels motifs déterminants existent notamment lorsque l'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination ultérieure de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 52 consid. 2; ATF 101 Ib 405 consid. 3b/aa; ATF 101 IV 129 consid. 3a in fine; ATF non publié 4D_8/2008 du 31 mars 2008, consid. 3.2.1).

8. a) Le présent litige portait initialement sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du 1^{er} octobre au 30 novembre 2013, étant précisé que l'employeur a payé l'entier du salaire jusqu'au 30 septembre 2013.

b) Dans ses écritures du 11 mars 2014, le demandeur a en plus réclamé le paiement des prestations pour les mois de décembre 2013 et de janvier à mars 2014 également.

c) S'agissant de la recevabilité de ces conclusions amplifiées, il convient de rappeler que, conformément à l'art. 243 al. 2 let. f CPC, les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie sont soumis à la procédure simplifiée.

Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, *in* Bohnet et al. [éd.], Code de procédure civile commenté, n. 20 ad art. 246 CPC).

Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b).

Cette disposition, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un changement de conclusions est admissible (TAPPY, op. cit., n. 14 et 17 ad art. 227). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1).

d) En l'espèce, le versement des indemnités journalières pour décembre 2013 et janvier à mars 2014 est en lien de connexité matérielle au sens de la définition ci-dessus, puisqu'il résulte d'un différend reposant sur le même rapport juridique et qu'il y a identité de parties.

Partant, les conclusions amplifiées du demandeur sont recevables.

e) Il importe toutefois de rappeler que le demandeur a formulé ses conclusions amplifiées, sous déduction des prestations AI dont le droit lui serait reconnu dans l'intervalle.

Or, celui-ci a effectivement été mis au bénéfice à compter du 1^{er} janvier 2014 d'indemnités journalières AI dont le montant dépasse celles que l'assureur pourrait être amené à verser.

Ainsi, nonobstant la recevabilité des conclusions amplifiées du demandeur dans leur totalité, le litige sera limité au droit de celui-ci à des indemnités journalières du 1^{er} octobre au 31 décembre 2013.

f) Conformément au contrat d'assurance collective conclu par l'employeur auprès de l'assureur pour son personnel, le demandeur, en sa qualité d'employé, a droit au versement d'une indemnité journalière perte de gain maladie selon la LCA s'élevant à 80% de son salaire dès le 15^{ème} jour de maladie, durant 730 jours. Le montant de l'indemnité journalière est de CHF 204.40.

La valeur litigieuse est ainsi de CHF 18'796.80, soit $[(204.40 \times 31) + 12'460.40]$.

9. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme l'art. 100 LCA renvoie au CO pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du

contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c).

10. En l'espèce, le demandeur était assuré auprès d'HELSANA par l'intermédiaire de son employeur pour une assurance indemnités journalières perte de gain maladie jusqu'au 31 décembre 2012. L'assureur a repris le contrat dès le 1^{er} janvier 2013. La police d'assurance se réfère aux conditions spéciales d'assurance et aux conditions générales d'assurance édition 2006.

Selon l'art. 2 CGA, une couverture d'assurance destinée à protéger l'assuré des conséquences économiques de la maladie et de la maternité dans le cadre des prestations convenues est garantie.

L'incapacité de travail est définie comme étant l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé pour l'assuré, cela dans les limites de ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui (art. 16 CGA).

Aux termes de l'art. 21 CGA, l'indemnité journalière est versée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. Sauf arrangements contractuels contraires, le droit aux indemnités s'éteint avec l'écoulement de la durée maximum de versement des prestations dans un cas de maladie, qu'il s'agisse des cas de maladies déjà survenus, ou de ceux qui surviendraient au futur.

L'art. 22 CGA précise que si au cours du déroulement d'une maladie, un cas de maladie supplémentaire se déclare, le nombre de jours pendant lesquels l'indemnité journalière est due pour le premier cas, est imputé à la durée des prestations.

Enfin, l'art. 25 CGA prévoit qu'après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui incombe à l'assureur de verser des prestations, s'éteint.

Lorsque le contrat est résilié ou que l'assuré quitte le service de son employeur, et qu'il existe une incapacité de travail à ce moment, les indemnités journalières versées sur la base du contrat collectif sont déduites de la durée des prestations de l'assurance individuelle. Les prestations de l'assurance individuelle versées pour des maladies existant au moment du transfert, et ayant entraîné une incapacité de travailler dans les 180 jours à compter dudit transfert, sont imputées à l'assurance collective.

Selon les conditions spéciales d'assurance, art. 4.3,

« En dérogation aux articles 25 et 47 des Conditions générales d'assurance (CGA), SWICA verse des indemnités journalières pour les cas de maladie ayant débuté pendant la durée du contrat de travail. Ces prestations sont allouées jusqu'au recouvrement de la capacité de travailler, mais au plus tard jusqu'à l'échéance de la durée maximum convenue du droit aux prestations. Ces dernières sont mises à la charge de l'assurance collective. De nouvelles incapacités de travail ne sont assurées que pour autant qu'il soit fait usage du droit de transfert dans l'assurance individuelle ».

11. En l'espèce, l'assureur a considéré, sur la base des expertises des Drs C_____ et D_____ auxquels il a confié la mission d'examiner l'aptitude au travail du demandeur, que celui-ci était capable de travailler à 100% depuis juin 2013, et conclu qu'il cesserait de verser l'indemnité à cette date.

L'assuré allègue au contraire présenter, encore à ce jour, une incapacité totale de travail, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique.

12. Il convient d'analyser la valeur probante du rapport du Dr D_____ sur lequel se fonde la défenderesse, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'une expertise, au sens strict, l'assuré n'ayant pu ni poser de questions, ni se prononcer sur le choix du praticien.

Dans son rapport du 27 juin 2013, le Dr D_____ a conclu à un éthylyisme primaire. L'assureur relève à cet égard que les rapports du care manager et du conseiller en ressources humaines, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation pour la période du 10 au 15 septembre 2013, viennent confirmer l'avis du Dr D_____. La chambre de céans constate toutefois que si le conseiller en ressources humaines fait en effet allusion à un éventuel problème de boisson en notant, lors d'un entretien téléphonique avec le demandeur le 18 avril 2013, qu'« il me paraît avoir la langue épaisse !! A-t-il bu ??? », il envisage ensuite la possibilité que l'état du demandeur soit peut-être dû aux anti-dépresseurs qu'il prend. S'agissant du compte-rendu d'hospitalisation du 10 au 15 septembre 2013, il est vrai qu'il y est question d'un état d'ivresse aigue ; il s'agit toutefois de rappeler que le demandeur avait été hospitalisé pour tentamen.

Aussi la chambre de céans est-elle d'avis que le rapport du conseiller RH et le compte-rendu d'hospitalisation ne peuvent pas être considérés comme confirmant une dépendance à l'alcool.

Il y a du reste lieu de constater que le Dr E_____ a déclaré qu'il n'avait pas eu le sentiment qu'il y avait un problème d'alcool. L'ex-femme, qui était également sa patiente, ne lui avait du reste rien signalé.

La chambre de céans relève que le Dr D_____ répète plusieurs fois les mêmes constatations, insiste sur le fait que l'assuré ne se souvient pas de l'année de naissance de ses proches, et n'approfondit pas ses conclusions. Il se contente

d'indiquer qu'un éthylyisme est attesté par les analyses biologiques, et en déduit sans autre explication que « l'assuré devrait être considéré comme en partie responsable de son évolution actuelle, car l'éthylyisme est probablement primaire, si on considère l'anamnèse familiale positive pour les problèmes d'alcool ». Partant d'une simple hypothèse, il conclut ainsi que « l'incapacité de travail est la conséquence du trouble des émotions lié à la consommation chronique d'alcool, autrement dit de sa dépendance éthylique, ainsi que de la non-observance au traitement. Vu ce qui précède, il y a peu d'espoir à moyen terme, puisque l'assuré nie cette problématique et que son médecin traitant, le Dr E_____, que nous avons interrogé par téléphone, pense que l'assuré n'a aucun problème d'alcool ».

Le Dr D_____ relève qu'à la suite de son licenciement, l'assuré a présenté une réaction émotionnelle aigue, constate qu'il est « très passif, manifestement démobilisé, qui n'a plus guère de compréhension ou de capacité d'introspection face à sa situation actuelle ». Il note « un manque de motivation, d'entrain, des troubles du sommeil anamnétiques, chez un sujet qui paraît anxieux, puis qui a en fin d'entretien les larmes aux yeux ».

Il ne retient toutefois aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, et conclut sans plus d'explications que sans l'éthylyisme, la capacité de travail devrait être considérée comme entière au 1^{er} juin 2013, au plus tard au 1^{er} juillet 2013.

Or, le Dr E_____ décrit un tableau anxieux dépressif réactionnel sévère consécutif au licenciement. Le médecin souligne qu'il a connu le demandeur comme étant assez dynamique, alors que celui-ci se plaint à présent de manque d'envie, de fatigabilité, et est sans ressort, de sorte qu'il lui avait conseillé de voir un psychiatre. Le Dr I_____ considère que le demandeur n'est pas en état de travailler sur le plan psychique, en raison d'un conflit avec son ancien employeur. Le Dr J_____ constate également que le demandeur souffre d'un épisode dépressif réactionnel à « l'accumulation de multiples facteurs au stress environnementaux ». Il relève par ailleurs que le moral du demandeur « n'est pas au beau fixe », qu'« il ne fait rien et n'a pas de contact ; il est en train de s'isoler, il a des douleurs partout, il dit qu'il n'a pas le courage d'entreprendre les choses ».

Au vu de ce qui précède et compte tenu, principalement, des lacunes de l'anamnèse, des incohérences dans les constatations, des conclusions divergentes avec les autres praticiens, il ne peut être reconnu pleine valeur probante au rapport du Dr D_____.

13. Il convient à ce stade de déterminer également si le rapport d'expertise du 6 juin 2013, complété les 30 août 2013 et 29 janvier 2014, de la Dresse C_____ a quant à lui valeur probante. Le demandeur le conteste.

Il relève que la Dresse C_____ ne serait pas titulaire du titre FMH. Dans le cadre de l'instruction d'une procédure opposant un assuré à l'Office cantonal AI devant la

chambre de céans, il a toutefois été confirmé que la Dresse C_____ disposait d'un droit de pratique dans le canton de Genève, selon attestation du directeur général de la santé (ATAS/896/2014).

Le demandeur craint que la clinique Corela au sein de laquelle la Dresse C_____ a réalisé son expertise, n'offre pas toute la garantie souhaitée pour fonctionner comme un centre d'expertise neutre et compétent.

La crainte exprimée par l'assuré ne saurait toutefois être prise en considération d'une manière générale. La chambre de céans a déjà eu l'occasion de considérer, dans plusieurs arrêts, que les allégations d'inobjectivité et de partialité formulées à l'encontre de la clinique Corela, fondées notamment sur des articles de presse, ne pouvaient remettre en cause, à elles seules, la valeur probante de l'expertise (cf. notamment ATAS/1192/2014 et ATAS/1353/2014).

Il s'agit plutôt d'examiner si les critères retenus par la jurisprudence pour dire si ou non une expertise a valeur probante sont réalisés.

Le demandeur mentionne également que les deux rapports de la Dresse C_____ comportent des erreurs, imprécisions et lacunes », et décrit celles-ci précisément. Certes les erreurs relevées ne portent-elles que sur des faits de peu d'importance, on peut toutefois comprendre le sentiment éprouvé par l'assuré et craindre que l'anamnèse n'ait pas été établie en pleine connaissance du dossier.

Le demandeur reproche à la Dresse C_____ de mettre constamment en doute sa bonne foi et d'insister sur les éléments négatifs.

Le demandeur considère plus particulièrement que la Dresse C_____ fait manifestement preuve d'un manque d'objectivité en ce sens que, quand bien même elle est d'accord avec les autres médecins sur le diagnostic qui ressort des différentes radios et IRM, elle se base sur une appréciation personnelle pour arriver à la conclusion qu'une opération n'est pas indiquée, alors que les Drs G_____ et F_____ ont conclu à la nécessité d'une intervention chirurgicale.

La Dresse C_____ a en effet déconseillé l'intervention chirurgicale, au motif qu'il était peu probable que celle-ci conduise à une diminution des plaintes algiques avancées par l'assuré. Elle a expliqué que la discectomie C5-C6 réalisée le 15 octobre 2013 n'avait pas modifié son point de vue, à savoir que l'assuré présentait une capacité totale de travail dès le 11 juin 2013, de sorte que pour elle l'incapacité de travail due à l'intervention était sur le plan médico-théorique nulle.

Le fait est pourtant que le demandeur a subi cette intervention le 15 octobre 2013. Il y a à cet égard lieu de rappeler que le Dr G_____, neurochirurgien, l'a conseillée au vu de la persistance des douleurs dont se plaignait le demandeur (cf. avis du 24 juillet 2013). Le Dr F_____, également neurochirurgien, a confirmé l'indication de l'intervention envisagée (cf. avis du 16 septembre 2013). On ne saurait dès lors

reprocher au demandeur d'avoir décidé de s'y soumettre. Celui-ci signale du reste que son état s'est amélioré depuis cette intervention.

Dans ces conditions, la conclusion de la Dresse C_____ ne peut que laisser perplexe.

Il est vrai que ni le Dr G_____, ni le Dr F_____ ne se sont prononcés sur la capacité de travail du demandeur. Il va de soi cependant que celui-ci s'est inévitablement trouvé en incapacité de travail à 100% suite à l'intervention. Selon l'assuré, cette incapacité s'est ensuite prolongée.

Force dès lors est, au vu de ce qui précède, de nier toute valeur probante à l'expertise de la Dresse C_____.

14. Les expertises psychiatrique et rhumatologique devant être écartées, une expertise judiciaire bidisciplinaire sera ordonnée, laquelle sera confiée au Dr L_____, FMH en psychiatrie, et au Dr K_____, FMH en rhumatologie, ces deux experts étant requis de procéder à une appréciation consensuelle du cas.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de la défenderesse, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée du cas.
 2. Données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. Quelles sont les plaintes du demandeur ?
 6. Quelles sont les constatations objectives ?
 7. Quel est le status détaillé et son évolution ?
 8. Quels sont les diagnostics sur le plan psychiatrique ?
 9. Une dépendance à l'alcool doit-elle être retenue ?
 10. Le cas échéant, doit-elle être qualifiée de primaire ou de secondaire ?
 11. Y a-t-il incapacité de travail sur le plan psychiatrique ?
 12. Le cas échéant, à quel taux ? Depuis quelle date et jusqu'à quelle date ?
 13. Quels sont les diagnostics sur le plan somatique ?
 14. Dites pour chacun s'ils ont une influence sur la capacité de travail dans son activité habituelle, à quel pourcentage, de quelle date à quelle date ?
 15. Partagez-vous l'avis du Service médico-régional de l'Office AI du 5 décembre 2013 selon lequel l'activité habituelle du demandeur n'est plus exigible ?
 16. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
 17. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée, de quelle date à quelle date ?

18. Les atteintes au niveau rhumatologique décrites dans les rapports médicaux des mois de juillet et août 2013 peuvent-elles expliquer les douleurs et les limitations ressenties par le demandeur à cette époque ?

Ces atteintes justifiaient-elles une incapacité de travail à 100% dans sa profession de mécanicien outilleur fraiseur d'étampes, comme l'a estimé son médecin traitant, ou fallait-il lui reconnaître une pleine capacité de travail dans sa profession, comme l'a estimé l'experte mandatée par l'assureur ?

Qu'en est-il si l'on tient compte, en outre, des atteintes de nature psychiatriques décrites par le Dr I_____ à la même période ?

19. Les atteintes rhumatologiques diagnostiquées au mois de juillet 2013 se confondent-elles avec les atteintes rhumatologiques diagnostiquées au mois de décembre 2012 ou s'agit-il de nouvelles atteintes ?

20. L'intervention du 15 octobre 2013 était-elle indiquée ? Peut-on expliquer les réticences de la Dresse C_____ ?

21. L'intervention du 15 octobre 2013 peut-elle expliquer la disparition quasi complète des douleurs dont se plaignait le demandeur ?

22. Formuler un pronostic global.

23. Toute remarque utile et proposition des experts.

3. Commet à ces fins les Drs K_____ et L_____ ;
4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
6. Réserve le fond ;

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le