

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1528/2010

ATAS/199/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 22 février 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à Carouge

demandeur

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, 1920 Martigny

défenderesse

Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Diane BROTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après : l'assuré), né en 1975, travaillait pour la société X_____ SA depuis le 1^{er} novembre 2000. Il a été licencié le 10 juillet 2009, avec effet au 30 septembre 2009.
2. A ce titre, il était assuré auprès de MUTUEL ASSURANCES (ci-après : l'assureur) pour la perte de gain en cas de maladie. Le contrat prévoyait le versement de 80% du salaire, après un délai d'attente de 7 jours.
3. L'assuré s'est trouvé en incapacité de travailler dès le 3 août 2009.
4. A teneur d'un rapport du Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 22 septembre 2009, l'assuré souffrait d'un état dépressif réactionnel avec troubles du sommeil, apathie, anxiété et sensation de dépression. En outre, il était incapable de se concentrer.
5. Afin de déterminer le droit de l'assuré au versement d'indemnités journalières, l'assureur a souhaité le soumettre à une expertise, dans un premier temps confiée au Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
6. La convocation a été adressée à l'assuré par pli recommandé du 14 octobre 2009, pli qui n'a pas été retiré de sorte qu'il a été retourné à son expéditeur, et par pli simple du même jour.

Par courrier du 15 octobre 2009, l'assureur a également informé l'employeur de l'assuré de la tenue d'une expertise le 3 novembre 2009.
7. Par courrier du 9 décembre 2009, l'assureur a refusé le droit de l'assuré à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2009, celui-ci ne s'étant pas présenté à l'expertise du 3 novembre 2009. Ledit droit pouvait toutefois être réévalué au plus tôt dès le jour de l'examen.
8. Par pli recommandé et par pli simple du 18 décembre 2009, l'assureur a convoqué l'assuré pour une nouvelle expertise, fixée au 4 janvier 2010 et confiée à la Clinique Corela à Genève. Le pli recommandé a été renvoyé à son expéditeur, l'assuré ne l'ayant pas retiré.
9. Par courrier du 23 décembre 2009, l'assuré a indiqué à son assureur qu'il y avait eu des lacunes dans le suivi administratif de sa correspondance en raison de son état de santé et le priait de l'excuser pour son absence au rendez-vous du 3 novembre 2009. Il confirmait en outre qu'il se présenterait au rendez-vous du 4 janvier 2010.

En annexe à ce courrier figurait un certificat du Dr A_____, daté du 23 décembre 2009, dans lequel ce praticien indiquait que l'état de santé de l'assuré était suffisamment altéré pour justifier certains manquements administratifs.

10. L'expertise s'est tenue le 4 janvier 2010 et a été réalisée par le Dr C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique Corela. A teneur du rapport du 30 janvier 2010, le comportement de l'assuré était celui d'un homme vexé, qui présentait une baisse de l'intérêt et du plaisir, une humeur un peu agressive, ne supportant plus personne, une diminution de la concentration, une diminution de l'appétit et un sommeil normalisé avec le traitement. Toutefois, en l'absence d'au moins deux critères majeurs sur trois, un épisode dépressif ne pouvait être retenu. Les capacités de jugement, d'abstraction et d'association du demandeur étaient par ailleurs préservées.

Un trouble de l'adaptation (F43.2) présent depuis avril 2009, en rémission, a alors été diagnostiqué par l'expert. Une reprise de travail pouvait être exigée quatre semaines après l'expertise après un traitement spécialisé consistant en une approche psychiatrique-psychothérapeutique intégrée à un traitement médicamenteux.

11. Par courrier du 28 janvier 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'il était apte à reprendre son activité professionnelle actuelle à 100% dès le 1^{er} février 2010 de sorte que les indemnités journalières allaient être allouées du 4 au 31 janvier 2010.
12. L'assuré a tenté une reprise de son activité professionnelle le 1^{er} février 2010. Il a travaillé une demi-journée puis est immédiatement allé consulter le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 3 février 2010, ce praticien a attesté que l'assuré n'était pas capable de reprendre son activité de travail, son état clinique l'en empêchant. Il se trouvait donc à nouveau en incapacité de travail dès le 1^{er} février 2010. Le Dr D_____ a également relevé que l'assuré était déjà au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail à 100%, valable jusqu'au 28 février 2010, établi le 22 janvier 2010 par le Dr A_____.

13. Le 1^{er} mars 2010, le Dr D_____ a établi un certificat à teneur duquel l'assuré était incapable de travailler jusqu'au 31 mars 2010.
14. Dès lors que l'assuré n'avait pas repris son activité professionnelle, l'assureur a souhaité le soumettre à une nouvelle expertise.
15. Le 15 mars 2010, l'assuré a été examiné par le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, médecin auprès de la Clinique Corela.

Aux termes du rapport complémentaire du 15 mars 2010, l'assuré avait éprouvé après une demi-journée de travail, une réaction de stress avec angoisses sous forme de douleurs rétrosternales, de difficultés respiratoires, de tremblements fins des extrémités accompagnés de pleurs fréquents, associés à une importante perte de confiance en soi.

Lors de l'examen le 15 mars 2010, l'assuré avait toutefois pleinement récupéré, de sorte que le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), en rémission complète a été posé.

Le diagnostic retenu le 1^{er} février 2010 justifiait une incapacité de travail d'une durée d'une semaine, soit jusqu'au 7 février 2010. L'appréciation de la capacité de travail a été motivée de la manière suivante : « l'assuré raconte très bien son vécu avant et après l'expertise du Docteur C_____, psychiatrie et psychothérapie. Il est grossièrement le même. La seconde fois, la rechute a été de durée plus courte, mieux contrôlée avec le traitement entrepris à l'époque ».

16. Se fondant sur ce complément du 15 mars 2010, l'assureur a informé son assuré, par courrier du 25 mars 2010, qu'un terme était mis au versement des indemnités journalières avec effet au 7 février 2010.
17. Le 28 avril 2010, l'assuré a adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, un courrier, dans lequel il a indiqué qu'aucune indemnité journalière ne lui avait été versée en décembre 2009 et du 8 février au 31 mars 2010 alors qu'il avait fourni des certificats médicaux couvrant cette période. Il souhaitait donc savoir si l'assureur pouvait valablement mettre un terme au versement des indemnités journalières.
18. Le 27 mai 2010, l'assureur s'est prononcé sur la demande précitée. Il a notamment considéré qu'il était en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières dès le 30 novembre 2010, l'assuré ne s'étant pas présenté à l'expertise, du 3 novembre 2009 puis dès le 8 février 2010, conformément au rapport complémentaire du 15 mars 2010.
19. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 2 novembre 2010.

Le demandeur a déclaré qu'il avait appris par son employeur qu'il ne recevrait pas les indemnités journalières du mois de décembre 2009. Il n'avait en effet pas ouvert son courrier et n'avait par conséquent vu ni la convocation pour l'expertise qui lui avait été envoyée par pli simple ni le courrier de la défenderesse l'informant du non-versement des indemnités journalières pour le mois de décembre. Il avait alors immédiatement contacté l'assureur pour s'excuser. Il n'avait pas ouvert le premier courrier de l'assurance croyant qu'il s'agissait d'une publicité. Son attention ayant été attirée par son employeur, il avait ouvert le pli simple contenant la deuxième

convocation. Dès lors que le Dr D_____ avait attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 31 mars 2010, il s'était inscrit auprès de l'assurance-chômage dès le 1^{er} avril 2010. Enfin, le demandeur a rappelé qu'il n'avait refusé ni de voir un médecin ni de prendre les médicaments prescrits.

Quant à la défenderesse, elle a précisé que l'avertissement des conséquences en cas d'absence à une expertise figurait déjà dans la convocation, de sorte qu'aucun courrier distinct n'était envoyé après la convocation et avant la sanction. Elle n'avait pas été informée par le médecin traitant du fait que le demandeur ne pouvait se charger correctement de son courrier et de ses tâches administratives en général. Elle n'avait pas non plus réalisé que l'état du demandeur était si grave au point de ne pas pouvoir ouvrir son courrier de façon adéquate, motif pour lequel elle avait supprimé les indemnités journalières pour le mois de décembre 2009.

20. Le même jour, les médecins traitants du demandeur ont été entendus à titre de témoins.

Le Dr A_____ a confirmé le diagnostic d'état dépressif, alors d'intensité moyenne à sévère, posé le 22 septembre 2009, les cinq critères y relatifs étant réunis. Son patient souffrait également d'un manque de concentration. Il lui arrivait notamment d'oublier des rendez-vous fixés. Il n'était ainsi pas surprenant qu'il n'ait pas pu retirer le pli recommandé en raison de son état de santé, de sorte qu'il confirmait le certificat établi le 23 décembre 2009.

Quant au Dr D_____, il a indiqué de manière catégorique que son patient était toujours incapable de travailler au début du mois de février. Lors de la consultation du 8 mars 2010, il allait mieux et l'évolution était favorable. Compte tenu de son expérience, ce praticien a alors estimé que l'état de son patient allait se stabiliser jusqu'à la fin du mois de mars et qu'il pourrait reprendre son activité professionnelle à cette date. Le 16 février 2010, il a non seulement effectué le test de Hamilton, dont le résultat obtenu était de 28 sur 52, le seuil de la dépression sévère était fixé à 26 mais également celui de Madras, dont le résultat était de 42 sur 60, le seuil de la dépression étant fixé à 15.

21. Par courrier du 2 décembre 2010, la défenderesse a accepté de revoir sa position s'agissant de l'incapacité de travail du 8 février au 8 mars 2010. Compte tenu de l'appréciation du Dr D_____ lors de l'audience du 2 novembre 2010, elle a considéré que le demandeur était toujours en incapacité de travail le 8 février et qu'il avait retrouvé sa pleine capacité au plus tôt le 9 mars 2010 de sorte qu'elle allait servir l'indemnité journalière pour la période du 8 février au 8 mars 2010. Par contre, s'agissant de la période du 1^{er} décembre 2009 au 3 janvier 2010, elle a persisté dans ses conclusions, précisant que les procès-verbaux des auditions des médecins traitants du demandeur avaient été soumis au Dr E_____. Elle a versé au dossier l'avis de celui-ci, daté du 23 novembre 2010, selon lequel la

capacité de discernement du demandeur ne pouvait être entachée par le trouble de l'adaptation relevé dans les expertises des mois de janvier et mars 2010, la faculté de comprendre ce qu'était une lettre de convocation à une expertise étant préservée dans un tel cas. Le stress d'un licenciement allié à un regret voire une vexation ne pouvaient être qualifiés de manque de discernement. Selon le Dr E _____, « Même en ajoutant la fatigue liée à l'insomnie, l'argument de ne pas avoir ouvert le courrier ne peut être lié à une pathologie mentale ».

22. Le demandeur a persisté dans ses conclusions par courrier du 17 décembre 2010.
23. Ce courrier a été transmis à la défenderesse et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. En vertu de l'art. 29 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1) du Groupe MUTUEL, édition du 1^{er} septembre 2005 (ci-après conditions générales d'assurance) applicables aux relations entre l'assurée et l'assureur, le preneur d'assurance peut choisir les tribunaux de son domicile en cas de contestation.

A teneur de la jurisprudence, la compétence se détermine, conformément au principe de la perpetuatio fori, en fonction de la date d'ouverture de la procédure (ATF 130 V 90 consid. 3.2, 129 III 406 consid. 4.3.1).

Jusqu'au 31 décembre 2010, ce type d'élection de for était admissible en vertu de l'art. 9 de la loi fédérale sur les fors en matière civile, du 24 mars 2000 (Loi sur les fors, LFors ; RS 272) par renvoi de l'art. 46a LCA. Avec l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2011, du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 272) unifiant la procédure civile, la LFors a été abrogée (annexe 1 au CPC, RO 2010 1739, p.1836) et la compétence à raison du lieu des tribunaux est désormais régie par les art. 9 et ss CPC. Même si l'art. 46a LCA n'a pas été modifié en conséquence, l'élection de for prévue par l'art. C8 CGA paraît admissible en application de l'art. 17 CPC.

De plus, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Le TCAS, devenu depuis lors la Cour de justice, Chambre 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-accidents. Le Tribunal des conflits a par ailleurs expressément constaté la compétence du TCAS en matière d'assurances d'indemnités journalières soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurances du 2 avril 1908 (LCA ; cf. ACOM/42/2006 du 13 juin 2006 et ACOM/55/2005 du 26 août 2005), ce qui a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 5P.359/2006 du 8 février 2007). Cela étant, il sied de préciser que depuis le 1^{er} janvier 2011, le contentieux en matière d'assurances complémentaires à la LAA doit être porté devant le Tribunal administratif de première instance (TAPI), la Cour de céans ne connaissant que des recours contre les décisions rendues par le TAPI (cf. art. 134 al. 2 LOJ).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les prescriptions de forme prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) étant remplies, ladite demande, déposée auprès du TCAS, est recevable.
3. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). La LCA a subi des modifications par la nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) ayant entraîné des modifications de la LCA en vigueur dès le 1^{er} janvier 2006, respectivement dès le 1^{er} janvier 2007, de sorte qu'il y a lieu de les prendre en considération en l'espèce.
4. Est seule litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'assuré peut prétendre à des indemnités journalières pour le mois de décembre 2009, et au-delà du 8 mars 2010, singulièrement si un motif valable justifiait son absence lors de l'expertise du 3 novembre 2009, respectivement s'il présentait encore une incapacité de travail lui ouvrant le droit à des prestations au-delà du 8 mars 2010, la défenderesse ayant accepté, dans ses écritures du 2 décembre 2010, de verser les indemnités journalières jusqu'au 8 mars 2010.
5. Selon l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

La demande ayant été déposée en l'espèce le 28 avril 2010 pour des prestations portant sur le mois de décembre 2009 et à compter du 8 février 2010, l'a été en temps utile.

6. Aux termes des conditions générales d'assurance (ci-après CGA) qui lient les parties, l'atteinte à la santé englobe les cas de maladie et d'accident. Est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 3 ch. 5 CGA).

La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés, et à la résiliation ou à la suppression du contrat (art. 10 ch. 2 let. a et b CGA).

L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 12 ch. 1 CGA).

L'indemnité journalière due est versée pour chaque jour d'incapacité de travail (dimanche et jours fériés y compris) (art. 12 ch. 12 CGA). L'indemnisation de l'incapacité de travail ne pourra avoir lieu qu'à réception d'un certificat intermédiaire ou final (reprise du travail). Le certificat intermédiaire doit être remis à l'assureur une fois par mois. Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur n'indemniserà l'assuré que jusqu'à la date de l'établissement du certificat attesté par le praticien ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours (art. 12 ch. 14). L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi (art. 12 ch. 15 CGA).

D'après l'attestation d'assurance 2009 et 2010, l'assuré a droit aux indemnités journalières, soit à 80% de son salaire, après un délai d'attente de 7 jours.

7. 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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 qu'en soit la 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 qu'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 qu'enfin, 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, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, le TCAS s'est écarté à plusieurs reprises 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).

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Enfin, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. Dans le cas d'espèce, la défenderesse a refusé de payer les indemnités journalières pour le mois de décembre 2009 dès lors que le demandeur ne s'était pas présenté à la Clinique Corela le 3 novembre 2009. Elle invoque à ce propos l'art. 22 ch. 4 CGA, dont la teneur est la suivante : « si l'assuré ne se présente pas le jour de la convocation médicale sans motif valable, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser des prestations, voire de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les honoraires relatifs à la consultation manquée », et se fonde sur le rapport du Dr E_____ du 23 novembre 2010 pour nier l'existence d'un motif valable.

De son côté, le demandeur indique qu'il n'a pas ouvert le pli simple de l'intimé, croyant qu'il s'agissait d'une publicité.

Il s'agit dès lors de déterminer ce qu'il faut entendre par "motif valable".

a) Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations (cf. ATF 118 II 342 consid. 1a). Il s'ensuit qu'en présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des cocontractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques en fonction de l'ensemble des circonstances, étant rappelé que ce principe permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (application du principe de la confiance (ATF 133 III 675 consid. 3.3; 130 III 417 consid. 3.2).

Conformément au principe de la bonne foi, les termes utilisés dans les certificats d'assurance et les dispositions internes des caisses-maladie (statuts, règlement d'assurance, etc.) doivent être interprétés comme un assuré peut et doit les

comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté ou de l'imprécision d'une clause rédigée par la caisse (ATF 119 V 152 consid. 4, 118 V 51 consid. 3 et les références). Par ailleurs, le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279, consid. 2c/ee p. 287 et les références doctrinales).

b) Selon le dictionnaire Larousse, le terme « valable » signifie « dont la valeur n'est pas contestée; acceptable, admissible, fondé ».

La question à laquelle la Cour de céans doit donc répondre est celle de savoir si le fait que le demandeur n'ait pas ouvert le pli simple, pensant qu'il s'agissait d'une publicité, constitue un motif valable au sens de l'art. 22 ch. 4 CGA ou, en d'autres termes, d'un motif admissible, justifiant l'absence à l'examen du 3 novembre 2009.

b/aa) A titre liminaire, il convient de déterminer si le demandeur souffrait d'un trouble dépressif, comme cela a été diagnostiqué par le Dr A_____, ou d'un trouble de l'adaptation, tel que retenu par le Dr F_____. En effet, le courrier du 23 novembre 2010 du Dr E_____, sur lequel se fonde la défenderesse pour nier l'existence d'un motif valable, se prononce sur la capacité de discernement du demandeur en considérant que celui-ci souffrait d'un trouble de l'adaptation. Or, si un tel trouble ne devait pas être retenu, l'appréciation du Dr E_____ ne saurait être prise en considération pour examiner la question du motif valable.

S'agissant tout d'abord du rapport du Dr A_____ du 22 septembre 2009, il a été établi par un interniste et non par un psychiatre et ne respecte pas les conditions jurisprudentielles nécessaires pour qu'une valeur probante puisse lui être reconnue (absence d'anamnèse détaillée, de description du contexte médical, conclusions non motivées). Par ailleurs, la Cour de céans relève que le Dr A_____ ne s'est pas fondé sur une classification internationalement reconnue et qu'il n'a pas précisé la gravité des troubles. De plus, aucun traitement antidépresseur n'a été prescrit au demandeur, le Stilnox étant un somnifère préconisé en cas d'insomnies. Lors de son audition, le 2 novembre 2010, le Dr A_____ a certes indiqué que les cinq critères de l'état dépressif étaient réunis et que ce dernier était d'intensité moyenne à sévère. Il n'a cependant pas précisé quels critères étaient réalisés et encore moins les raisons qui l'ont poussé à retenir un état dépressif moyen à sévère.

Quant à l'expertise du Dr C_____, elle a été établie par un psychiatre et correspond aux réquisits jurisprudentiels. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend en considération les plaintes exprimées par le demandeur et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert dûment motivées.

Au vu de ce qui précède, une pleine valeur probante doit donc être reconnue à l'expertise du Dr C_____. Il doit par conséquent être retenu que le demandeur souffrait d'un trouble de l'adaptation et non d'une dépression au moins jusqu'en janvier 2010.

b/bb) Comme indiqué précédemment, la défenderesse se fonde sur le courrier du 23 novembre 2010 du Dr E_____ pour justifier le refus de ses prestations. Ce courrier, dans lequel ce praticien indique que les capacités de jugement et de discernement n'étaient pas atteintes, ne fait toutefois en réalité que confirmer et compléter ce que le Dr C_____ avait déjà relevé dans son rapport du 30 janvier 2010, à savoir que les capacités de jugement, d'abstraction et d'association du demandeur étaient préservées.

Dès lors que le rapport du Dr C_____ du 30 janvier 2010 dispose d'une pleine valeur, la Cour de céans estime que les atteintes à la santé dont souffrait le demandeur ne justifiaient pas le manquement administratif du mois d'octobre 2009. A cet égard, il sied de relever que le Dr A_____ s'est uniquement prononcé sur le fait que le demandeur n'est pas allé chercher le pli recommandé dans le délai de 7 jours, et pas sur la problématique du pli simple qui n'a pas été ouvert.

b/cc) La Cour de céans relève que l'art. 22 ch. 4 CGA ne stipule pas que l'absence à la convocation doive impérativement être justifiée médicalement.

Cela étant, le fait de considérer un courrier comme étant de la publicité, de ne pas l'ouvrir tout en le conservant pendant plusieurs semaines, constitue une négligence. Or, les termes « motif valable » ne pouvaient raisonnablement être compris par l'assuré comme couvrant les actes négligents, tels que les simples oublis et le fait de ne pas ouvrir son courrier à temps. Si tel était le cas, l'art. 22 ch. 4 CGA perdrait tout son sens.

Si la décision de la défenderesse est certes sévère, étant donné la bonne collaboration du demandeur par la suite, l'art. 22 ch. 4 CGA lui donnant la faculté - et non le devoir - de refuser le versement d'indemnités journalières, il n'en demeure pas moins que l'assurance a fait usage de son pouvoir d'appréciation et qu'aucun reproche ne peut lui être adressé sur ce point.

b/dd) Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que le demandeur ne pouvait justifier d'aucun motif valable, ayant fait preuve d'une simple négligence en n'ouvrant pas le pli simple du 14 octobre 2009, de sorte que la défenderesse était fondée à refuser le versement des prestations d'assurance pour le mois de décembre 2009.

9. La défenderesse a dans un premier temps également refusé de s'acquitter des indemnités journalières au-delà du 7 février 2010, se fondant sur le complément du 15 mars 2010 du Dr E_____. Dans ses déterminations du 3 décembre 2010, faisant suite à l'audience d'enquêtes au cours de laquelle le Dr D_____ a été entendu, elle a finalement accepté de verser au demandeur des indemnités journalières jusqu'au 8 mars 2010. Pour le surplus, elle persiste dans ses conclusions.

De son côté, le demandeur se base sur les certificats du Dr D_____ pour solliciter le paiement intégral des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2010.

Il s'agit donc de déterminer, à titre liminaire, la valeur probante des différents rapports médicaux sur lesquels les parties fondent leurs conclusions :

- Le complément d'expertise du Dr E_____ ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels, de nombreuses contradictions et incohérences pouvant être constatées. En effet, la Cour de céans peine à comprendre comment ce psychiatre peut considérer, le 15 mars 2010, alors que le demandeur va mieux, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté, que le diagnostic retenu le 1^{er} février 2010 justifiait une incapacité de travail du 1^{er} au 7 février 2010 alors qu'aucun diagnostic n'a été posé à cette date. En effet, le demandeur a été examiné le 4 janvier 2010 par le Dr F_____ et le diagnostic précisé dans le rapport du 30 janvier 2010 date de cette période. Quant au Dr D_____, il n'a pas indiqué de diagnostic dans son rapport du 3 février 2010. Par ailleurs, près de deux mois se sont écoulés entre les deux examens réalisés à la Clinique Corela et dans l'intervalle, le demandeur a tenté une reprise de son activité. La Cour de céans constate également que l'expert n'a pas discuté avec le psychiatre traitant avant de rédiger son complément et ne disposait par conséquent d'aucune donnée médicale postérieure à l'examen du 4 janvier 2010. Le Dr E_____ mentionne en outre une deuxième rechute alors qu'il ne ressort nullement du dossier que le demandeur aurait déjà fait une première rechute. L'appréciation du Dr E_____ ne dispose par conséquent d'aucune valeur probante, ce dont l'intimée était consciente dès lors qu'elle s'en est écartée et a accepté de verser des indemnités journalières jusqu'au 8 mars 2010.
- Les rapports et certificats établis par le Dr D_____ ne correspondent pas non plus aux réquisits jurisprudentiels. Ils ne contiennent en effet ni anamnèse, ni étude circonstanciée des points litigieux ni description du contexte médical et des plaintes exprimées par le demandeur. L'appréciation de la situation médicale n'était pas claire et les conclusions non motivées. Cela étant, ce praticien s'est exprimé lors de l'audience d'enquêtes du 2 novembre 2010. Ses déclarations ont été considérées comme fiables par l'assurance, qui s'est écartée du complément d'expertise du 15 mars 2010 et qui a accepté de verser des

indemnités journalières jusqu'au 8 mars 2010, admettant par conséquent une incapacité de travail jusqu'à cette date.

Lors de son audition, le 2 novembre 2010, le Dr D_____ a considéré que le 8 mars 2010, son patient allait mieux et que l'évolution était favorable. Il a pensé que son état allait se stabiliser d'ici à la fin du mois et que le demandeur serait alors à nouveau à même de reprendre son travail. Pour la défenderesse, cette appréciation signifie que le demandeur a recouvré sa pleine capacité de travail au plus tôt le 8 mars 2010.

Le médecin a déclaré que son patient allait mieux. En revanche, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Par ailleurs, dès lors que le complément du Dr E_____ du 15 mars 2010 ne dispose d'aucune valeur probante et que la défenderesse s'en est quoiqu'il en soit écartée dans ses déterminations du 3 décembre 2010, elle ne pouvait mettre un terme au versement de ses prestations avec effet au 8 mars 2010 sans autre avis médical. Or, lors de son audition, le Dr D_____ a confirmé que l'état de son patient devait encore se stabiliser, raison pour laquelle il avait considéré que celui-ci allait recouvrer sa capacité de travail à compter du 1^{er} avril 2010 seulement. Ces déclarations ayant été considérées comme probantes par la défenderesse, il n'y a aucune raison de s'en écarter ce d'autant moins que ce praticien n'est pas revenu sur son appréciation.

Par conséquent, il convient de retenir que le demandeur n'a recouvré sa capacité de travail que le 1^{er} avril 2010 de sorte que la défenderesse sera condamnée à lui verser des indemnités journalières jusqu'à cette date.

10. Au vu de ce qui précède, la demande est partiellement admise. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 3 LPA). Par ailleurs, le demandeur, qui n'est pas représenté, n'aura pas droit à des dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande du 28 avril 2010 recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Prend acte que la défenderesse accepte de verser ses prestations du 8 février au 8 mars 2010 et l'y condamne en tant que de besoin.
4. Condamne la défenderesse à verser les indemnités journalières dues pour la période du 9 au 31 mars 2010.
5. Déboute le demandeur pour le surplus.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du demandeur 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 demandeur, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le