

Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
4A_45/2007 /ech

Arrêt du 12 juin 2007
Ire Cour de droit civil

Composition
M. et Mmes les Juges Corboz, Président de la Cour, Klett et Rottenberg Liatowitsch.
Greffière: Mme Crittin.

Parties
X._____,
recourante, représentée par Me Douglas Hornung,

contre

Y._____,
intimé, représenté par Me Monica Kohler.

Objet
contrat d'assurance,

recours en matière civile contre l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève du 5 février 2007.

Faits :

A.
A.a Y._____ a travaillé à Londres, en qualité d'actuaire senior et de consultant, au sein de « A._____ », du 15 janvier 1990 au 1er avril 2000. A cette date, il a été transféré de façon permanente à Genève, auprès de « B._____ ». Son salaire était de 25'175 fr. par mois, soit de 302'100 fr. par année.
A.b En tant que salarié de cette société, Y._____ était assuré en matière d'indemnités journalières en cas de maladie auprès de X._____.

D'après la police d'assurance indemnité journalière pour entreprises no ..., le contrat débutait le 1er janvier 2000 pour expirer le 31 décembre 2004. Selon la « Feuille des prestations » annexée à la police, tout le personnel était assuré en couverture complète et l'indemnité journalière équivalait au 80% du gain journalier à partir du 90ème jour et pour 730 jours par cas, sous déduction du délai d'attente.

La « Feuille des prestations », ainsi que les conditions générales édition 1996 (CGA), et les conditions particulières no 720 (CPA no 720), faisaient partie intégrante de la police d'assurance.
A.c Par lettre du 16 août 2002, le contrat de travail de Y._____ a été résilié par l'employeur, avec effet le 30 novembre 2002. Le 9 septembre 2002, l'employé a consulté en urgence le Dr C._____ de la permanence médico-chirurgicale de Z._____, qui a attesté d'une incapacité totale de travail de son patient depuis cette date.

Dès le 8 décembre 2002, soit après le délai d'attente de 90 jours, l'assureur a versé à l'assuré des indemnités journalières perte de gain maladie entières, sur la base d'un revenu plafonné à 200'000 francs.

A.d Le 31 janvier 2003, Y._____ s'est rendu, sur requête de l'assurance, au cabinet du Dr D._____ pour une visite de contrôle. Le 5 mars 2003, ce médecin a rendu un rapport médical intitulé « rapport d'expertise psychiatrique ». Selon le rapport, l'assuré, qui ne présentait pas clairement au moins l'un des trois critères majeurs nécessaires au diagnostic de la dépression « au sens de l'ICD-10 », était capable de travailler après une semaine, soit dès le 7 février 2003 au plus tard.

Sur cette base, l'assurance a mis fin à ses prestations le 24 mars 2003. Du 8 décembre 2002 au 23 mars 2003, 46'534 fr. ont été versés, soit 439 fr. d'indemnité journalière pendant 106 jours. L'employé

a été licencié pour le 30 mai 2003.

Le 5 mars 2004, un défaut de couverture d'assurance a été invoqué par l'assurance.

A.e L'incapacité de travail de Y. _____ a été totale du 9 septembre 2002 à la fin juillet 2004, puis de 50% dès août 2004. Y. _____ a retrouvé son entière capacité en juin 2005.

B.

Le 1er septembre 2003, Y. _____ (le demandeur et intimé) a déposé une demande en paiement contre X. _____ (la défenderesse et recourante) auprès du Tribunal de première instance du canton de Genève. Par jugement du 2 février 2006, ce tribunal s'est déclaré incompétent et a, le 24 mars 2006, transmis la cause au Tribunal cantonal des assurances sociales du même canton. Le demandeur concluait à la condamnation de la partie adverse au paiement de son salaire à 100% du 23 mars 2003 au 5 août 2004, puis à 50% du 6 août 2004 au 5 décembre 2004, soit d'une somme de 443'328 fr.57. La défenderesse concluait, quant à elle, au déboutement du demandeur de ses conclusions, niant toute couverture d'assurance.

Statuant par arrêt du 5 février 2007, la Chambre VI du Tribunal cantonal des assurances sociales a admis partiellement le recours. Elle a condamné la défenderesse à verser au demandeur un montant de 226'304 fr.50 avec intérêts à 5% au sens des considérants, ainsi qu'une indemnité de 3'500 francs.

En substance, les magistrats ont retenu, après avoir interprété une des clauses des CPA no 720, l'existence d'une couverture d'assurance pour le demandeur à hauteur d'un gain assuré de 200'000 francs. Ils ont jugé que le demandeur avait droit aux prestations découlant de la police d'assurance indemnité journalière no ... au-delà du 30 mai 2003, date à laquelle la couverture d'assurance a pris fin. Compte tenu d'une incapacité totale de travail du 9 septembre 2002 au 31 juillet 2004, puis à 50% du 1er août 2004 au 31 mai 2005, la cour cantonale a considéré que le demandeur avait droit au versement des indemnités journalières prévues dans la police d'assurance, soit 730 jours sous déduction du délai d'attente de 90 jours et pour un montant de 439 fr. par jour - correspondant au 80% du gain assuré de 200'000 francs. Après avoir déduit des 730 jours les 90 jours susmentionnés, ainsi que les 106 jours pendant lesquels des indemnités ont déjà été versées, l'autorité cantonale a obtenu 534 jours, qu'elle a rémunéré à 100% du 23 mars 2003 au 31 juillet 2004 (497 jours x 439 fr., soit un total de 218'183 fr.) et à 50% du 1er août 2004 au 6 septembre 2004 (37 jours x 219 fr.50, soit un total de 8'121 fr.50). La somme des indemnités journalières a ainsi été arrêtée à 226'304 fr.50 (218'183 + 8'121.50).

C.

La défenderesse exerce un recours en matière civile contre le jugement du 5 février 2007. Elle conclut à la réforme du jugement attaqué, en ce sens que la demande en paiement est rejetée.

Le demandeur propose le rejet du recours. La juridiction cantonale persiste dans les termes et conclusions de son arrêt.

Le Tribunal fédéral considère en droit:

1.

Comme la décision attaquée a été rendue après l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2007 (RO 2006, 1242), de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral (LTF; RS 173.110), le recours est régi par le nouveau droit (art. 132 al. 1 LTF).

2.

Interjeté par la partie qui a succombé dans ses conclusions (art. 76 al. 1 LTF) et dirigé contre un jugement final (art. 90 LTF) rendu en matière civile (art. 72 al. 1 LTF) par une autorité cantonale de dernière instance (art. 75 LTF) dans une affaire pécuniaire dont la valeur litigieuse atteint le seuil de 30'000 francs (art. 74 al. 1 let. b LTF), le recours en matière civile est en principe recevable, puisqu'il a été déposé dans le délai (art. 100 al. 1 LTF) et la forme (art. 42 LTF) prévus par la loi.

3.

3.1 Le recours peut être interjeté pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il n'est donc limité ni par les arguments soulevés dans le recours ni par la motivation retenue par l'autorité précédente; il peut admettre un recours pour un autre motif que ceux qui ont été invoqués et il peut rejeter un recours en adoptant une argumentation différente de celle de l'autorité précédente (cf. ATF 130 III 136 consid. 1.4). Compte tenu de l'exigence de motivation contenue à l'art. 42 al. 1 et 2 LTF, sous peine d'irrecevabilité (art. 108 al. 1 let. b LTF), le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués; il n'est pas tenu de traiter, comme le ferait une autorité de première instance, toutes les questions juridiques qui se posent, lorsque celles-ci ne sont plus discutées devant lui. Il ne peut pas

entrer en matière sur la violation d'un droit constitutionnel ou sur une question relevant du droit cantonal ou intercantonal si le grief n'a pas été invoqué et motivé de manière précise par la partie recourante (art. 106 al. 2 LTF).

3.2 Le Tribunal fédéral conduit son raisonnement juridique sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF). Il ne peut s'en écarter que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF).

La partie recourante qui entend s'écarter des constatations de l'autorité précédente doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions d'une exception prévue par l'art. 105 al. 2 LTF seraient réalisées, faute de quoi il n'est pas possible de tenir compte d'un état de fait qui diverge de celui contenu dans la décision attaquée (cf. ATF 130 III 138 consid. 1.4). Aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF).

3.3 Le Tribunal fédéral ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Toute conclusion nouvelle est irrecevable (art. 99 al. 2 LTF).

4.

La recourante fait tout d'abord état d'une violation de l'art. 18 CO. La cour cantonale aurait méconnu la portée de cette disposition en procédant à une interprétation objective d'une des clauses des conditions particulières, alors que cette clause était claire et parfaitement comprise, de manière concordante, par les parties au contrat. A cet égard, la recourante relève que la volonté des parties ressort de la partie « en fait » de l'arrêt attaqué, mais aurait été écartée, arbitrairement, par l'autorité cantonale. Par surabondance, la recourante reproche à l'autorité cantonale d'avoir fait une mauvaise application des règles d'interprétation objective prévues par le droit fédéral.

4.1 La loi sur le contrat d'assurance (LCA) ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au Code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes 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 y parvient, le juge procède à une constatation de fait (cf. ATF 131 III 606 consid. 4.1; 128 III 419 consid. 2.2).

Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si les volontés intimes divergent, le juge doit interpréter leurs déclarations et comportements selon la théorie de la confiance. Il doit rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances (ATF 132 III 24 consid. 4). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 131 III 606 consid. 4.1; 130 III 417 consid. 3.2; 129 III 118 consid. 2.5, 664 consid. 3.1). L'application du principe de la confiance est une question de droit. Pour résoudre cette question de droit, le Tribunal fédéral doit se fonder sur le contenu de la manifestation de volonté concernée et sur les circonstances dans lesquelles elle est intervenue, points qui relèvent du fait (ATF 132 III 24 consid. 4; 131 III 606 consid. 4.1; 130 III 417 consid. 3.2).

Même s'il est apparemment clair, le sens d'un texte souscrit par les parties n'est pas forcément déterminant, de sorte que l'interprétation purement littérale est prohibée (art. 18 al. 1 CO). Lorsque la teneur d'une clause contractuelle paraît limpide à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de cette clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les intéressés lorsqu'il n'y a aucune raison sérieuse de penser que celui-ci ne correspond pas à leur volonté (ATF 131 III 606 consid. 4.2; 130 III 417 consid. 3.2; 129 III 118 consid. 2.5).

4.2 La cour cantonale a procédé à l'interprétation de la notion de « gain dépassant 200'000 fr. » des CPA no 720. Elle s'est tout d'abord arrêtée au sens littéral du terme « gain ». Puis, se référant expressément au principe de la confiance, elle a indiqué que le comportement de l'assurance, qui, bien que connaissant le salaire réel de l'intimé, a néanmoins versé des prestations selon le gain assuré, était un indice de la volonté des parties d'interpréter la notion litigieuse dans le sens du gain assuré et non pas du salaire réel de l'employé. L'autorité cantonale s'est également appuyée sur la liberté contractuelle, pour interpréter la décision de l'employeur de ne faire couvrir par l'assurance qu'un montant limité. Se fondant sur ces éléments, elle a conclu que, « dans l'esprit de l'une et de l'autre des parties », tout le personnel de l'employeur était couvert pour un salaire jusqu'à 200'000 fr. et que les CPA no 720 ont été comprises et appliquées de telle manière que la couverture du salaire

entre 200'000 et 300'000 fr. ne pouvait avoir lieu qu'en cas de déclaration d'admission nominative de la part de l'employeur.

Même si la terminologie utilisée par la cour cantonale s'agissant de la volonté présumée des parties n'est pas toujours précise et que le comportement ultérieur des parties ne saurait être déterminant dans le cadre d'une interprétation objective du contrat, puisqu'il constitue un indice de la volonté réelle des parties (ATF 129 III 675 consid. 2.3; 107 II 417 consid. 6), il ne fait nul doute que la cour s'est livrée, dans son analyse, à une interprétation selon le principe de la confiance, ce qu'elle indique du reste expressément. L'état de fait cantonal ne fait du reste pas état de volonté réelle et concordante des parties s'agissant de la clause litigieuse.

4.3 Comme l'interprétation subjective a le pas sur l'interprétation objective (ATF 125 III 305 consid. 2b; 121 III 118 consid. 4b/aa), il convient dans un premier temps de vérifier si les juges cantonaux ont constaté arbitrairement l'absence de volonté commune des parties s'agissant de la clause litigieuse.

Afin de tenter de démontrer l'arbitraire, la recourante met en exergue la déposition de la responsable des ressources humaines de l'employeur, en la rapprochant de ses propres déclarations, telles que relatées en fait par l'autorité cantonale. Du point de vue de la recourante, ces éléments de preuve concordants établissent que la volonté - réelle et concordante - des parties liées par la police d'assurance était que tout employé réalisant un salaire annuel de plus de 200'000 fr. devait être annoncé à l'assurance et devait remplir une demande d'admission; à défaut d'une telle admission, la couverture n'était pas assurée.

Contrairement à ce que soutient la recourante, la déposition de la responsable des ressources humaines de l'employeur ne saurait être assimilée à une déclaration de l'employeur, lié par la police d'assurance. Il ne s'agit là que d'un témoignage parmi d'autres, qui représente un moyen de preuve que la cour cantonale a par ailleurs dûment apprécié. Au demeurant, l'absence - reconnue - de déclaration d'admission nominative de l'intimé de la part de l'employeur ne saurait constituer un élément déterminant, qui permettrait d'établir la volonté réelle et concordante des parties sur le sens à donner au terme litigieux de « gain dépassant 200'000 fr. ». Il va donc sans dire que la cour cantonale n'a pas fait montre d'arbitraire dans la constatation des faits, en n'ayant pas retenu l'existence d'une volonté réelle et concordante des parties. Cela étant, le grief tombe à faux.

Dans la mesure où, indépendamment du grief d'arbitraire, aucune des exceptions prévues à l'art. 105 al. 2 LTF n'est invoquée par la recourante, il n'y a pas lieu de s'écarter des faits tels que retenus par la cour cantonale.

4.4 A défaut de volonté réelle et concordante, il convient d'examiner si l'interprétation objective à laquelle s'est livrée la cour cantonale est contraire au droit fédéral.

La clause litigieuse est contenue dans les conditions particulières no 720, qui stipulent qu'« en dérogation aux articles 36 et 61a) des conditions générales d'assurance, le gain est limité à un maximum de Fr. 300'000.-- par personne et par an. Une déclaration d'admission doit obligatoirement être présentée pour chaque personne ayant un gain dépassant Fr. 200'000.--. Les personnes concernées ne sont assurées qu'à partir de la date et aux conditions que nous fixons à la suite de l'examen du risque ». L'art. 36 CGA précise que, « sauf convention contraire, le gain est limité à Fr. 200 000.- par personne et par an, et par jour, à la 365e partie de cette somme ». Quant à l'art. 61a) CGA, il indique que « sont déterminants pour le calcul de la prime, dans l'assurance sur la base des salaires, le salaire AVS jusqu'à concurrence de Fr. 200 000.- par personne et par an; d'autres conventions demeurent réservées. Les salaires versés à des personnes non assujetties à l'AVS sont également pris en considération selon les normes AVS. Si des salaires fixes ont été convenus, ce sont eux qui sont pris en considération ».

La cour cantonale a procédé à l'interprétation du « gain dépassant les 200'000 fr. », jugeant qu'il était nécessaire à la résolution du litige de déterminer si les parties entendaient par « gain » le gain réellement réalisé/salaire AVS ou, au contraire, le gain assuré.

L'analyse textuelle à laquelle s'est livrée la cour cantonale dans le cadre de son interprétation est convaincante. A la lecture des CGA, il apparaît clairement que le terme « gain » correspond tantôt au salaire AVS (ou salaire réel), tantôt au salaire assuré. Ainsi, lorsque l'art. 32 CGA indique que le salaire AVS perçu avant l'incapacité de travail est converti en gain annuel, il est clair que gain est synonyme de salaire AVS. La même conclusion s'impose à l'art. 33 CGA où l'hypothèse est posée d'un gain soumis à de fortes fluctuations. Quant aux art. 35 et 36 CGA, qui font état de « gain annuel

fixe », pour le premier, et de « gain (...) limité », pour le second, ils s'inscrivent indubitablement dans une logique de limitation du gain réel dans le cadre de l'assurance. A cet égard, la recourante admet elle-même, dans son recours, que « les conditions générales limitent les montants maximums des indemnités journalières », tout en soulignant que la notion de « gain » permet « de comprendre immédiatement et sans difficulté la limitation du gain à certain montant ». De telles explications révèlent d'elles-mêmes, malgré ce que tente de démontrer la recourante, une limitation du gain réel, soit en définitive la désignation d'un gain

assuré. En sus, il découle de l'art. 61a) CGA que le salaire AVS peut être plafonné - donc limité - à un montant prédéterminé, puisqu'il ressort de cette disposition que « le salaire AVS jusqu'à concurrence de 200'000 fr. par personne et par an » est déterminant pour le calcul de la prime.

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que la clause litigieuse est contenue dans les conditions particulières no 720, qu'il y a lieu d'examiner - comme l'exige l'interprétation normative - dans leur ensemble. Ainsi, il convient d'observer qu'avant la clause à interpréter, il est mentionné qu'en dérogation aux art. 36 et 61a) des conditions générales d'assurance, le gain est limité à un maximum de 300'000 fr. par personne et par an. La notion de « gain limité », qui apparaît ici, est manifestement la même que celle des conditions générales. Au même titre que dans les CGA, elle s'inscrit dans une logique de limitation du gain réel dans le cadre de l'assurance, soit de gain assuré. Le gain est limité à un maximum de 300'000 fr. par personne et par an en lieu et place de 200'000 francs. Comme le gain de 300'000 fr. est un gain « maximum », le salaire réel peut par définition être supérieur à ce montant.

A la lecture des CPA, l'employeur a donc le choix d'assurer ses employés pour un montant situé entre 200'000 fr. et 300'000 fr., ce qui n'est précisément pas prévu dans les CGA et ce qui justifie, par conséquent, la dérogation. S'il choisit le montant de 200'000 fr., l'employeur revient à la solution proposée sous les conditions générales, ce qu'il lui appartient de faire au regard des CPA.

Dans ce contexte, on ne voit pas ce qui justifierait d'interpréter la notion de « gain » contenue dans la clause litigieuse comme correspondant au salaire réel de l'intimé. La formulation des conditions particulières, lues parallèlement aux conditions générales, démontre bien que l'obligation d'une déclaration d'admission, nullement prévue dans les CGA, est liée au régime dérogatoire prévu dans les CPA, soit pour un gain - assuré - supérieur à 200'000 francs.

Il serait par ailleurs contraire au but poursuivi par les parties de considérer qu'un employé au revenu réel supérieur à 200'000 fr. qui n'a pas fait de déclaration d'admission serait exclu de la couverture d'assurance. En effet, il ressort de la « Feuille des prestations », qui fait partie intégrante de la police d'assurance au même titre que les conditions générales et particulières, que « tout le personnel » est assuré, à raison d'une couverture complète, soit à raison de 80% du gain journalier.

Il s'ensuit que, conformément aux règles de la bonne foi, la notion de « gain dépassant 200'000 fr. » devait être comprise dans le sens de « gain assuré dépassant 200'000 fr. ». D'après les constatations cantonales, le salaire réel de l'intimé s'élevait à 302'100 fr. et il n'y a pas eu de déclaration d'admission nominative de la part de l'employeur en ce qui concerne l'intimé. L'intimé n'était donc pas couvert pour sa part de salaire supérieure à 200'000 francs. C'est donc à bon escient que la cour cantonale a posé que la couverture d'assurance était limitée à un montant de 200'000 francs.

Cela étant, la cour cantonale n'a pas enfreint l'art. 18 CO et le grief doit être rejeté.

5.

La recourante se plaint aussi d'une violation du droit fédéral, sous l'angle des art. 29 al. 2 et 9 Cst. Elle prétend que la cour cantonale a refusé à tort d'entendre le Dr D. _____ et d'ordonner l'expertise judiciaire sollicitée par les deux parties, violant ainsi son droit d'être entendue. Dans la mesure où le tribunal n'a pas de compétences particulières pour pouvoir apprécier les avis médicaux divergents, il devait nommer un expert pour pouvoir décider en toute connaissance de cause. En privilégiant des déclarations faites par de non-spécialistes pour trancher une question technique sans avoir les compétences pour le faire et en refusant de nommer un expert judiciaire, la cour cantonale est tombée dans l'arbitraire.

Dans sa démonstration, la recourante cite l'art. 8 CC, sans expliquer dans quelle mesure cette disposition aurait été enfreinte. Le grief de violation du droit à la preuve découlant de cette disposition est donc insuffisamment motivé (art. 42 al. 2 LTF). Au reste, il est patent que les juges cantonaux ont réussi à se forger une conviction, à l'issue de l'appréciation des preuves. L'art. 8 CC ne trouve

dès lors pas application.

5.1 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti à l'art. 29 al. 2 Cst., l'obligation pour l'autorité de donner suite aux offres de preuve présentées en temps utile et dans les formes requises, à moins qu'elles ne soient manifestement inaptes à apporter la preuve ou qu'il s'agisse de prouver un fait sans pertinence (cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 124 I 241 consid. 2; 121 I 306 consid. 1b). Le juge peut refuser une mesure probatoire en appréciant, de manière non arbitraire, les preuves déjà produites.

Une décision est arbitraire au sens de l'art. 9 Cst. lorsqu'elle est manifestement insoutenable, qu'elle méconnaît gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou lorsqu'elle heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité (ATF 132 III 209 consid. 2.1; 131 I 57 consid. 2); il ne suffit pas qu'une autre solution paraisse également concevable, voire préférable; pour que la décision soit annulée, encore faut-il qu'elle se révèle arbitraire, non seulement dans ses motifs, mais aussi dans son résultat (ATF 132 III 209 consid. 2.1; 131 I 217 consid. 2.1). En matière d'appréciation des preuves et de constatation de fait, l'autorité tombe dans l'arbitraire lorsqu'elle ne prend pas en compte, sans aucune raison sérieuse, un élément de preuve propre à modifier la décision, lorsqu'elle se trompe manifestement sur son sens et sa portée, ou encore lorsque, en se fondant sur les éléments recueillis, elle en tire des constatations insoutenables (ATF 129 I 8 consid. 2.1).

En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 ss consid. 3).

5.2

5.2.1 En l'espèce, la cour cantonale a, dans son appréciation, posé que le diagnostic du Dr D._____ n'était pas convaincant, en expliquant précisément pour quelle raison il ne l'était pas. Elle a notamment relevé que l'expert n'a pas pris de renseignements médicaux concernant l'intimé auprès des médecins qui l'ont suivi depuis son incapacité de travail, qu'un seul entretien a suffi pour établir le rapport et que l'anamnèse contenait des lacunes et des inexactitudes. Sur le fond, la cour cantonale a, en substance, relevé que le diagnostic d'utilisation de l'alcool nocive pour la santé, et non pas d'alcoolisme, reposait sur le seul test CDT de 5,3, effectué postérieurement à l'unique entretien qui a eu lieu avec l'intimé. Elle a rappelé le traitement préconisé par l'expert dans son rapport, à savoir un sevrage, en tant que mesure prescrite en cas de dépendance à l'alcool, et mis en avant une contradiction entre le traitement prescrit et les explications complémentaires de l'expert du 23 octobre 2006, qui soulèvent la problématique d'un mélange médicament-alcool.

S'agissant, par contre, des appréciations médicales des quatre autres médecins, dont un spécialiste en psychiatrie et un spécialiste en alcoologie, la cour a constaté qu'elles étaient toutes concordantes et s'opposaient au diagnostic posé par le Dr D._____.

Sur cette base, la juridiction cantonale a admis que l'intimé était en incapacité totale de travail du 9 septembre 2002 au 31 juillet 2004, puis à 50% du 1er août 2004 au 31 mai 2005. La cour a refusé d'entendre le Dr D._____ et d'ordonner une expertise judiciaire.

5.2.2 A titre liminaire, il convient d'observer que, contrairement à ce que soutient la recourante qui prétend que le juge n'a « pas de compétences particulières pour pouvoir apprécier les avis médicaux divergents », il appartient précisément au juge d'apprécier librement les divers moyens de preuve à sa disposition, soit en l'occurrence les avis médicaux provenant de plusieurs spécialistes de la santé. Cette tâche ne saurait en aucun cas être confiée à un expert, qui ne fait que donner un avis que le juge apprécie librement (cf. Björn Bettex, L'expertise judiciaire, thèse Berne 2006, § 3, p. 19 s.).

La recourante fait tout d'abord état d'une violation de son droit d'être entendue en relation avec l'audition du Dr D._____. Elle reproche, sans autre explication, à la cour d'avoir refusé d'administrer ce moyen de preuve. Il ressort du dossier que le Dr D._____ a eu l'occasion de

s'exprimer sur les critiques émises à l'encontre de son avis médical, intitulé « rapport d'expertise psychiatrique ». Il a en effet répondu à ces critiques dans un courrier du 23 octobre 2006, dûment versé en cause et pris en considération par les juges cantonaux. Dans ces circonstances, la juridiction cantonale n'avait pas, sous l'angle du droit d'être entendu, à donner la faculté au Dr D._____ de s'exprimer une nouvelle fois sur son rapport et pouvait donc écarter son audition. Ce résultat s'impose d'autant plus que la recourante n'explique pas, dans son grief, dans quelle mesure le moyen de preuve invoqué serait propre à établir un fait pertinent. Bien plus, elle affirme que le tribunal ne peut pas se prononcer valablement sur les conclusions que le Dr D._____ tire des tests effectués.

S'agissant ensuite du refus d'ordonner une expertise judiciaire, le grief soulevé doit également être écarté. Comme l'a souligné l'autorité cantonale, l'administration de ce moyen de preuve n'est pas apte à fournir des éclaircissements supplémentaires sur le taux d'incapacité de l'intimé à partir de mars 2003. Dès lors que l'intimé a recouvré une pleine capacité de travail - ce qui n'est pas contesté -, il n'est en effet plus possible d'établir, par le biais d'une expertise, s'il était ou non capable de travailler à une période antérieure, soit au-delà du 22 mars 2003. La recourante ne prétend du reste pas le contraire, et encore moins ne le démontre, puisqu'elle se contente de soutenir, pour fonder son grief, que tout autre expert serait à même de se déterminer sur les résultats « des tests de crédibilité » utilisés par le Dr D._____. Une telle argumentation est toutefois sans fondement, dès lors que ce n'est pas seulement l'interprétation donnée à l'unique test effectué, le CDT de 5,3, qui a été jugée non convaincante, mais l'ensemble du rapport, critiqué sur plusieurs points, tant formels que matériels (cf. supra, consid. 5.2.1). Il ressort notamment du jugement cantonal que le diagnostic posé ne saurait valablement se fonder sur le test pratiqué par le Dr D._____, pris isolément. Dans la mesure où la recourante ne discute pas toutes les critiques soulevées contre le rapport en question, une nouvelle interprétation des résultats du test - à supposer qu'elle puisse aboutir aux mêmes conclusions que la première -, ne permettrait pas, à elle seule, de confirmer le rapport contesté. La démonstration de la recourante est donc vaine.

Pour le reste, il n'est pas insoutenable pour la cour cantonale d'avoir, dans son appréciation dûment motivée, favorisé les faits concordants relatés par plusieurs médecins au détriment d'un rapport médical isolé, qui ne remplit de surcroît pas les critères posés par la jurisprudence pour être qualifié de probant. Au demeurant, les avis médicaux des médecins traitants de l'intimé ne sauraient être relativisés, dès lors qu'ils sont corroborés par d'autres avis médicaux.

Dans ces circonstances, le grief soulevé est dénué de tout fondement, pour autant qu'il soit recevable.

6.

Au terme de cet examen, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

7.

Compte tenu de l'issue du litige, la recourante, qui succombe, doit acquitter l'émolument judiciaire et les dépens à allouer à l'intimé (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 et 2 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

2.

Un émolument judiciaire de 6'000 fr. est mis à la charge de la recourante.

3.

La recourante versera à l'intimé une indemnité de 7'000 fr. à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est communiqué en copie aux mandataires des parties et au Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève.

Lausanne, le 12 juin 2007

Au nom de la Ire Cour de droit civil
du Tribunal fédéral suisse

Le président: La greffière: