

FR_GERICHTE 608 2014 32 vom 24. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_32

FR: FR_GERICHTE 608 2014 32 du 24 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 32 del 24 settembre 2015

Regeste

Arrêt de la I^{ère} Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal |
Zusatzkrankenversicherung VVG

Erwägungen

E. 29

avril 2012. Suite à la déclaration d'incapacité de travail du 19 décembre 2011 qu'elle a reçue le 23 décembre 2011 (pièce 4 du bordereau), la demanderesse a indiqué au défendeur, par courrier du 19 janvier 2012 (pièce 5 du bordereau), que selon les conditions générales applicables au contrat d'assurance, l'indemnisation ne pourrait avoir lieu qu'à réception d'un certificat médical intermédiaire ou final. Un tel certificat attestant une incapacité de travail de 100% à partir du 23 décembre 2012 en raison d'une maladie a été complété et reçu par la demanderesse le 1er février 2012, puis le 5 mars 2012 (pièce 18 du bordereau). Le 3 février 2012 et le 9 mars 2012, la demanderesse a versé au défendeur deux montants de CHF 3'813.80 correspondant aux indemnités journalières en cas de maladie pour les périodes respectives du 1er au 31 janvier 2011 et du 1er au 29 février 2011. Dans l'intervalle, par courrier du 7 février 2012, le médecin traitant du défendeur a été requis par la demanderesse de remplir un formulaire de rapport médical et de le renvoyer au médecin-conseil de celle-ci (pièce 6 du bordereau). Ce rapport a été reçu par la demanderesse le 7 mars 2012. Il en ressortait un diagnostic de status après plastie du ligament croisé antérieur en 2005 pour entorse du genou droit avec rupture du ligament et entorse du genou droit le 2 août 2011 avec lésion du ménisque extérieur et rupture du ligament (pièce 7 du bordereau). Par courrier du 12 mars 2012, se basant sur le rapport médical du médecin traitant, la demanderesse a indiqué au défendeur que l'incapacité de travail à partir du 20 décembre 2011 était en relation avec un accident. Elle l'a invité à déclarer ce cas à l'assureur-accidents et à demander à celui-ci de rembourser les prestations qu'elle avait versées (pièce 8 du bordereau). Par courrier du 4 mai 2012, suivi d'une facture, d'un rappel et d'une sommation, la demanderesse a réclamé au défendeur le remboursement du montant de CHF 7'627.60 correspondant aux prestations versées pour la période du 20 décembre 2011 au 29 février 2012 (pièces 12 à 14 du bordereau). Le 31 janvier 2013, un commandement de payer a ensuite été notifié au défendeur pour un montant de CHF 7'627.60, plus intérêts à 5% dès le 24 janvier 2013, ainsi que pour des frais de dossier de CHF 80.-. Il y a été fait opposition totale le 4 février 2013 (pièce 16 du bordereau). B. Le 4 juin 2012, le défendeur a annoncé l'évènement du 2 août 2011 à son assureur-accident. Par décision du 3 septembre 2012, celui-ci a refusé de prendre en charge le cas au-delà du 1er décembre 2011, au motif principal que l'incapacité de travail était liée à un précédent accident survenu en 2005. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 25 octobre 2012, puis par arrêt du 17 décembre 2013 de la I^{ère} Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 C. Le 30 janvier 2014, la demanderesse a déposé auprès de la IIème Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un mémoire de requête en conciliation et d'action en reconnaissance de dette. Avisée de la règle selon laquelle la procédure conciliation n'a pas lieu dans les litiges en matière d'assurance-maladie complémentaire de la compétence d'une instance cantonale unique, la demanderesse a retiré sa requête et la cause a été rayée du rôle par décision du 5 mars 2014 (608 2014 17). D. Par mémoire d'action en reconnaissance de dette déposé le 21 février 2014, la demanderesse conclut pour l'essentiel, sous suite de frais et dépens, à ce que le défendeur soit condamné à lui payer la somme de CHF 7'627.60, avec intérêts à 5% dès le 24 janvier 2013, et à ce que la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer notifié le

E. 31

janvier 2013 soit prononcée. Elle allègue que les prestations versées au défendeur en janvier et février 2011 l'ont été indûment puisque la cause de l'incapacité de travail subi n'est pas une maladie, mais un accident. Elle réclame dès lors la restitution de ces prestations en application des règles sur l'enrichissement illégitime qui prévoient que celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui, est tenu à restitution. E. Dans sa réponse déposée le 2 avril 2014 par son mandataire, le défendeur conclut au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Il affirme que la demanderesse a versé volontairement des indemnités avant la réception de tout certificat médical, contrairement aux clauses des conditions générales applicables au contrat, et qu'elle a ainsi pris un risque qu'elle doit assumer. S'agissant du versement du 9 mars 2011 concernant les indemnités pour le mois de février 2011, ce paiement a été de plus effectué alors que la demanderesse avait déjà reçu le certificat médical mentionnant le cas « accident », de telle sorte qu'aucune erreur ne peut être retenue en faveur de celle-ci. Sur cette base, tout en admettant l'application des règles sur l'enrichissement illégitime, le défendeur relève que la disposition régissant la répétition de l'indû énonce qu'en cas de paiement volontaire, celui qui veut obtenir son remboursement doit établir non seulement qu'il n'était pas débiteur, mais aussi qu'il a agi sous l'influence de l'erreur. Or, une telle erreur n'est selon lui pas prouvée en l'espèce. F. Par ordonnance du 2 juin 2014, la procédure a été suspendue jusqu'à droit connu sur un recours en matière de droit public déposé par le défendeur contre l'arrêt rendu le 17 décembre 2013 par le Tribunal cantonal en relation avec les prestations revendiquées auprès de l'assureur-accident (voir let. B). Suite au rejet de ce recours par le Tribunal fédéral le 2 décembre 2014, la procédure a été reprise. Le 10 février 2015, les parties ont comparu à des débats d'instruction, à l'orée desquels la conciliation a été tentée, sans succès. La demanderesse a produit une pièce complémentaire. La procédure probatoire a ensuite été close et les parties ont plaidé.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 en droit 1. a) Faisant usage du droit que lui confère l'art. 7 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), le législateur fribourgeois a soumis au Tribunal cantonal comme instance cantonale unique les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la LAMal (art. 53 al. 1 de la loi sur la justice du 31 mai 2010; LJ; RSF 130.1). De telles assurances complémentaires sont mentionnées à l'art. 12 al. 2 et 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), qui renvoie d'une manière générale à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1). La IIème Cour d'appel civil a connu des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie

sociale selon la LAMal (art. 1b al. 2 de l'Annexe 1 du Règlement provisoire du Tribunal cantonal du 20 décembre 2007) jusqu'au 1er janvier 2013, date de l'entrée en vigueur du Règlement du Tribunal cantonal du 22 novembre 2012 précisant son organisation et son fonctionnement (RTC; RSF 131.11; ROF 2012_133) qui a confié cette compétence à la IIème Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. b) La procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges en matière d'assurance-maladie complémentaire de la compétence d'une instance cantonale unique au sens de l'art. 7 CPC; en effet, l'art. 198 let. f CPC contient une lacune (ATF 138 III 558; arrêt TC 102 2011-301 du 16 janvier 2012). c) La procédure simplifiée est applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC), sans égard à la valeur litigieuse. La Cour établit d'office les faits (art. 247 al. 2 let. a CPC). Le litige est donc soumis à la maxime inquisitoire sociale (CPC-TAPPY, art. 247 N 21) et la Cour doit prendre en compte les faits juridiquement pertinents même si les parties ne les ont pas invoqués (ATF 130 III 102 consid. 2.2).

2. a) La demanderesse demande au défendeur le remboursement de CHF 7'627.60, avec intérêts à 5% dès le 24 janvier 2013, représentant des indemnités journalières en cas de maladie versées le 3 février 2012 et le 9 mars 2012 pour la période du 3 janvier 2012 au 29 février 2012, après le délai d'attente du 20 décembre 2011 au 2 janvier 2012. Elle estime que ces prestations ont été versées indûment puisque la cause de l'incapacité de travail subi n'est pas une maladie, mais un accident. Le défendeur, quant à lui, ne conteste pas que l'incapacité de travail subie n'est pas liée à une maladie, mais à un accident, et que les prestations versées n'étaient dès lors pas dues. Il est toutefois d'avis que la demanderesse a effectué les versements volontairement et qu'elle n'a pas agi sous l'influence d'une erreur, de telle sorte que les conditions de la répétition de l'indu ne sont pas remplies. b) Une créance en restitution de prestations versées à tort ne dérive pas du contrat d'assurance lui-même, mais ressortit à l'enrichissement illégitime. Ainsi, un assureur qui a effectué une prestation supérieure à ce qu'il devait sur la base de ses engagements contractuels ne peut réclamer la différence qu'en vertu du droit de l'enrichissement illégitime (ATF 127 III 421/ JdT 2002 I 318; 42 II 674/JdT 1917 I 430). c) Selon l'art. 62 CO, celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui est tenu à restitution (al. 1); la restitution est due, en particulier, de ce qui a été reçu sans cause valable, en vertu d'une cause qui ne s'est pas réalisée, ou d'une cause qui a cessé d'exister (al. 2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 L'art. 62 CO fonde une action générale en enrichissement illégitime, dont les articles subséquents ne sont que des applications et développements. L'art. 63 al. 1 CO énonce quant à lui que celui qui a payé volontairement ce qu'il devait ne peut le répéter que s'il ne prouve qu'il a payé en croyant, par erreur, qu'il devait ce qu'il a payé. Cette disposition exprime l'interdiction d'avoir des comportements contradictoires et règle une question de preuve. En effet, d'ordinaire, celui qui fait volontairement une attribution en sachant qu'il n'y est pas tenu la fait au titre de libéralité. La loi exige dès lors de celui qui soutient le contraire d'établir qu'il n'y avait pas de cause légitime au transfert de valeur et qu'il a agi dans l'erreur sur ce dernier point. Comme toute action en enrichissement illégitime, la répétition de l'indu au sens de l'art. 63 al. 1 CO présuppose la réunion des quatre conditions posées par l'art. 62 CO: l'enrichissement du débiteur, l'appauvrissement du créancier, la connexité de l'enrichissement avec l'appauvrissement et l'absence de cause légitime au transfert de valeur. Dans l'application de l'art. 63 al. 1 CO, il faut encore vérifier le caractère volontaire de la prestation, ainsi que l'erreur commise par l'appauvri (PETITPIERRE, in Commentaire romand, Code des obligations I, 2003, n. 1 à 3 ad 63 CO et les références citées). d) L'erreur commise par l'appauvri, au sens de l'art. 63

al. 1 CO, a pour objet l'existence du devoir de payer à l'enrichi. Le moment déterminant est celui auquel l'attribution intervient. On peut se tromper, par exemple, parce que le contrat n'est pas conclu, parce qu'il est nul, parce que le rapport de famille fondant une obligation d'entretien n'existe pas, parce que la créance de l'enrichi est périmée. L'erreur peut aussi porter sur la personne du créancier ou sur l'objet de la prestation. Il faut et il suffit que l'erreur ait été déterminante: « si le solvens ne s'était pas abusé, il n'aurait pas payé ». L'erreur n'a besoin d'être ni excusable, ni essentielle. Elle peut porter sur des faits aussi bien que sur le droit. D'après le texte même de la loi, la preuve de l'erreur incombe à l'appauvri. Cette preuve implique que celui-ci montre quelle cause il entendait honorer, l'absence de cette cause et son erreur à propos de sa pertinence (PETITPIERRE, n. 9 et 13 ad 63 CO; voir également arrêt TF 4C.212/2002 du 19 novembre 2002 consid. 4.3). Selon la doctrine majoritaire, l'erreur doit être comprise au sens strict comme n'étant pas réalisée en cas de doute de l'appauvri au moment où il fournit sa prestation. Il faut, cependant, réserver l'hypothèse où celui-ci manifeste qu'il « paie » à la condition que le fondement valable existe ou que le cocontractant honore la contre-prestation escomptée, en émettant par exemple une réserve (expresse ou tacite) que l'enrichi connaît ou doit connaître: dans ce cas la répétition reposera non pas sur les art. 62 ss CO, mais sur l'accord des parties (PETITPIERRE, n. 10 ad 63 CO et les références citées). 3. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que les deux versements de CHF 3'813.80 du 3 février 2012 et du 9 mars 2012 ont été effectués sans cause légitime. En effet, ils correspondaient à des indemnités journalières que la demanderesse s'était engagée contractuellement à verser au défendeur en cas de maladie, alors que l'incapacité de travail subie par ce dernier à partir du 20 décembre 2011 n'était pas due à une maladie, mais à un accident survenu en 2005. Par ailleurs, ces deux versements ont conduit à l'enrichissement du défendeur et, corollairement, à l'appauvrissement de la demanderesse. Les quatre conditions posées par l'art. 62 CO sont dès lors remplies. Il en va de même du caractère volontaire des prestations, la demanderesse ne prétendant pas qu'elle les aurait effectuées sous une quelconque forme de contrainte. Il reste dès lors à examiner s'il est également établi que les versements ont été effectués par erreur.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 b) Le 19 décembre 2011, le défendeur a rempli un formulaire de déclaration d'incapacité de travail maladie. Sous le chiffre 5 « cause de l'incapacité », il a coché la case « maladie » et a laissé libre la case « accident », en indiquant comme diagnostic « opération du genou droit ligaments croisés antérieurs ». Par une lettre du 19 janvier 2012 rédigée en des termes a priori standard, la demanderesse a accusé réception de cette déclaration d'incapacité en précisant en particulier que l'indemnisation de l'incapacité de travail ne pourrait avoir lieu qu'à réception d'un certificat médical. Elle a annexé à cet effet un formulaire de certificat médical à compléter par le médecin traitant. Le formulaire mentionne la marche à suivre par l'assuré: « Le présent certificat médical d'incapacité doit être complété par votre médecin à chaque visite. Une copie de celui-ci doit être remise à la caisse une fois par mois pour les avances d'indemnités journalières. L'original doit rester en votre possession jusqu'à la fin de l'incapacité de travail, puis retourné à la caisse dans les plus brefs délais ». Conformément aux instructions qui précèdent, des copies du formulaire de certificat médical ont été adressées par le défendeur et reçues par la demanderesse le 1er février 2012 et le 5 mars 2012. Sous l'indication « inscription du médecin », la case « maladie » a été cochée et la case « accident » a été laissée libre et une incapacité de travail à partir du 20 décembre 2011 a été attestée. Les éléments ci-dessus font ressortir que la demanderesse s'est fondée sur les copies du

formulaire de certificat médical qu'elle a reçues le 1er février 2012 et le 5 mars 2012, mentionnant toutes deux une incapacité de travail en raison d'une maladie, pour verser dans les jours suivants les indemnités dont elle devait s'acquitter en cas de maladie, alors même que l'incapacité de travail était en réalité due à un accident. Les pièces du dossier permettent dès lors d'établir d'une part que la demanderesse entendait honorer par ses versements une dette résultant du contrat d'assurance conclu avec le défendeur et, d'autre part, qu'elle n'était en réalité pas débitrice envers le défendeur et qu'elle se trompait sur ce point au moment du versement. La preuve de l'erreur est ainsi apportée. La conclusion qui précède n'est pas remise en cause par le fait que la déclaration d'incapacité de travail du 19 décembre mentionnait l'existence d'une opération des ligaments croisés antérieurs du genou droit. En effet, même si cet élément aurait pu attirer l'attention de la demanderesse sur une probable cause accidentelle, il a été vu ci-dessus que l'existence d'une erreur suffit pour justifier la répétition de l'indu au sens de l'art. 63 CO, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si cette erreur aurait pu être évitée par l'appauvrie. Il en va de même du fait que la demanderesse a effectué son deuxième versement le 9 mars 2012, alors qu'elle avait reçu deux jours auparavant, soit le 7 mars 2012, un rapport médical mentionnant l'existence d'une cause accidentelle. En effet, le versement d'indemnités journalières en cas de maladie effectué le 9 mars 2012 suite à la réception en date du 5 mars 2012 de la copie du certificat médical mentionnant l'existence d'une maladie suffit pour établir l'existence d'une erreur de la part de la demanderesse au moment du versement, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si cette erreur aurait pu être évitée par une analyse plus prompte du rapport médical reçu le 7 mars 2012. Il y a encore lieu de relever d'office que la demande de rapport médical formulée par la demanderesse le 7 février 2012, alors que celle-ci était en possession d'une copie du certificat médical qu'elle avait reçue le 1er février 2012, ne permet pas de retenir l'existence d'un doute remettant en cause l'erreur sur la cause de l'incapacité de travail. En effet, une telle demande de rapport médical complémentaire est une démarche usuelle. En particulier, les sociétés

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 d'assurance peuvent être amenées à demander un tel rapport indépendamment de tout doute sur la cause de l'incapacité de travail, notamment afin de déterminer la durée des prestations à verser. c) L'ensemble des conditions de la répétition de l'indu au sens de l'art. 63 CO étant remplies, la demanderesse a droit au remboursement du montant de CHF 7'627.60 qu'elle a versé sans cause au défendeur. 4. a) La demanderesse conclut au versement d'un intérêt moratoire de 5% dès le 24 janvier 2013. Selon l'art. 102 CO, applicable en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier. En l'espèce, dans sa facture du 7 mai 2012 (pièce 11) faisant référence à son courrier du 4 mai 2012 (pièce 10), la demanderesse a fixé au défendeur un délai au 6 juin 2012 pour s'acquitter du montant de CHF 7'627.60. Par conséquent, l'intérêt moratoire de 5% (art. 104 al. 1 CO) est dû dès la date à partir de laquelle il est requis, soit le 24 janvier 2013. b) La demanderesse conclut encore au paiement d'un montant de CHF 80.- pour ses « frais de dossier ». Dans la mesure où la demande ne contient ni précision sur la nature des frais revendiqués, ni indication sur les raisons qui pourraient conduire à les mettre à la charge du défendeur, cette conclusion sera rejetée. 5. Considérant l'admission partielle de l'action en reconnaissance de dette au sens de ce qui précède, il convient de prononcer la mainlevée définitive de l'opposition formée au commandement de payer notifié au défendeur le 31 janvier 2013 dans la poursuite n° 777010, à concurrence du montant de CHF 7'627.60, avec intérêts à 5% dès le 24 janvier 2013, et des frais de poursuite. 6. a) Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il

n'est pas perçu de frais judiciaires. b) La demanderesse obtient gain de cause dans une très large mesure. Elle n'est toutefois pas représentée par un représentant professionnel et ses principales démarches liées au procès se sont limitées au dépôt de la demande et à la comparution à une audience, dans un domaine qui lui est familier et qui ne comporte, à son égard, pas de difficulté particulière. Il n'y a dès lors pas lieu de lui attribuer une indemnité pour des dépens au sens de l'art. 95 CPC (URWYLER in DIKE- Kommentar, n. 26 ad art. 95 CPC et les références citées). c) Le défendeur succombe sur l'essentiel de ses conclusions. Conformément à l'art. 106 al. 1 CPC, il n'a pas droit non plus à une indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. La demande est partiellement admise. Partant, B. _____ est condamné à verser à A. _____ SA le montant de CHF 7'627.60, avec intérêts à 5% dès le 24 janvier 2013. II. La mainlevée définitive de l'opposition formée au commandement de payer notifié au défendeur le 31 janvier 2013 dans la poursuite n° 777010 est prononcée à concurrence du montant de CHF 7'627.60, avec intérêts à 5% dès le 24 janvier 2013, et des frais de poursuite. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. V. Communication. Cet arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile au Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent sa notification. La qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 72 à 77 et 90 ss de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF). L'acte de recours motivé doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Fribourg, le 24 septembre 2015/msu Président Greffier-stagiaire

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.