

GE_GERICHTE ATAS/103/2015 vom 9. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_103_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/103/2015 du 9 février 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/103/2015 del 9 febbraio 2015

Erwägungen

E. 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 1er 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 (LCA - RS 221.229.1). Conformément à l'art. 35 CGA, outre le domicile suisse du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit, [la défenderesse] reconnaît le lieu de son siège social comme lieu de juridiction. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

E. 2

La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort notamment de l'art. 2 CGA.

E. 3

a) La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. En vertu de l'art. 197 CPC, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie complémentaires conformément à l'art. 7 CPC. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont

A/1084/2014 - 9/13 - prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

E. 4

La contestation porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières en raison de maladie du 1er février au 30 avril 2014.

E. 5

Selon l'art. 5.3 CGA, l'incapacité de travail est définie comme l'incapacité totale ou partielle d'exercer son activité professionnelle habituelle, ou toute autre activité professionnelle adaptée raisonnablement exigible. L'art. 11 let. b CGA dispose que la couverture d'assurance prend fin, pour chaque assuré, lorsqu'il quitte le cercle des assurés. L'art. 12.1 CGA, régissant l'extinction et la prolongation du droit aux prestations, prévoit que le droit aux prestations en cours prend fin en même temps que la couverture d'assurance. Conformément à l'art. 13.2 CGA, ayant trait au droit de passage dans l'assurance individuelle, pour bénéficier de ce droit, l'assuré doit faire valoir son droit de passage par écrit au plus tard dans les trois mois [après que l'assuré a quitté le cercle des assurés].

E. 6

En préambule, il convient de relever que les rapports de travail du demandeur ont été résiliés pour le 31 décembre 2013, de sorte qu'il est sorti du cercle des assurés à cette date. Selon les pièces versées au dossier, le demandeur n'a pas demandé son transfert dans l'assurance individuelle. Lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67ss de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V 106 consid. 3). Il en va différemment dans l'assurance privée selon la LCA, dans laquelle le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Ici, si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (Jean-Benoît MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux

A/1084/2014 - 10/13 - prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3). En l'espèce, l'art. 12.1 CGA constitue une telle clause conditionnant le droit aux prestations à la poursuite de la couverture. Il apparaît ainsi que le demandeur n'a plus droit aux prestations dès le 1er janvier 2014, n'ayant pas fait valoir son droit de passage conformément à l'art. 13.2 CGA. La demande doit ainsi être rejetée pour ce motif déjà.

E. 7

Par surabondance, il convient de rappeler ce qui suit. a) Selon l'art. 8 du code civil (CC ; RS 210), le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie

adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa), qui ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). b) 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 lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). En cas 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. À cet égard, il convient

A/1084/2014 - 11/13 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). L'art. 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 4A_168/2007 du 16 juillet 2007 consid. 3.2.1). Selon la jurisprudence, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; ATF 111 V 235 consid. 2a; SJ 2000 II 440 consid. 2b). Afin de déterminer la durée de la période d'adaptation, il convient de tenir compte des circonstances concrètes telles que la difficulté de retrouver un emploi, l'âge de l'assuré et la capacité de travail dans une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral des

assurances K 64/04 du 29 juin 2006 consid. 4.1). d) En l'espèce, la défenderesse a considéré que le demandeur disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er février 2014. Bien qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne corresponde en tous points aux exigences du Tribunal fédéral en matière d'expertises médicales rappelées ci-dessus, il n'existe aucun motif de s'écarter de cette appréciation. En effet, s'agissant des troubles à l'épaule, les Drs E_____ et G_____ ont tous deux attesté d'une capacité de travail totale dès le 23 septembre 2013 pour cette atteinte et l'arthro-IRM pratiquée n'a révélé aucune lésion nouvelle. La persistance de douleurs à l'épaule depuis l'accident de 2002 n'est en particulier pas un élément nouveau justifiant une incapacité de travail dans une activité adaptée. Quant aux douleurs dorsales, il n'existe aucun substrat organique qui peut les expliquer. L'IRM du 2 décembre 2013, hormis de très minimes troubles dégénératifs, n'a mis en évidence aucune lésion. La Dresse F_____ a d'ailleurs évoqué un contexte de surcharge psychique de ces douleurs. Enfin, le fait que le Dr L_____ suive le demandeur pour ses douleurs ne suffit pas à considérer qu'elles sont incapacitantes. Dans ces conditions, une activité légère paraît possible. C'est ainsi à juste titre que la

A/1084/2014 - 12/13 - défenderesse a invité le demandeur à changer de profession par courrier du 17 novembre 2013 et mis un terme au versement de prestations après un délai imparti à cet effet.

E. 8

Eu égard à ce qui précède, la demande est rejetée. La défenderesse, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/1084/2014 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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