

GE_GERICHTE ATAS/1190/2012 vom 2. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1190_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1190/2012 du 2 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1190/2012 del 2 ottobre 2012

Erwägungen

E. 1

a) D'après la police d'assurance valable dès le 1er janvier 2010, les conditions générales applicables (CGA) sont celles de 2009 et l'assurance en cause dans le présent litige est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1). L'art 23 CGA prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent choisir le for ordinaire ou celui de son domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein. Les élections de for sont admissibles en vertu de l'art. 17 du Code de procédure civile, du 19 décembre 2008 et entré en vigueur le 1er janvier 2011 (CPC ; RS 272), par renvoi de l'art. 46a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1), même si cet article n'a pas été modifié en conséquence. Dans la mesure où le défendeur est domicilié dans le canton de Genève, les tribunaux genevois sont compétents à raison du lieu. b) Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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

A/1126/2012 - 8/13 - 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). c) A raison de la forme, la demande en paiement, qui comporte un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (art. 130 et 244 CPC). Une demande portant sur les assurances-maladie complémentaires, comme en l'espèce, n'est pas soumise à une tentative de conciliation (cf. ATAS/577/2011 du 31 mai 2011). Enfin, la procédure simplifiée est applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le litige porte sur le droit de l'assurance de réclamer le remboursement des prestations versées, soit 24'036 fr. 45, ainsi que des frais d'enquêtes de 1'015 fr. 80, s'ils ne sont pas alloués dans le cadre de la procédure LAMal.

E. 3

a) Les prestations versées, dont la restitution est réclamée, ont été accordées sur la base du contrat d'assurance completa top, lequel est soumis à la LCA. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnité

journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). Les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c). En application de l'art. 100 LCA, les dispositions du CO sont applicables pour tout ce qui n'est pas réglé par celle-ci. Par conséquent, les art. 62 et ss du CO relatifs aux obligations résultant de l'enrichissement illégitime sont applicables au cas d'espèce. En effet, selon la jurisprudence, l'obligation de restituer l'indu se fonde en premier lieu sur les dispositions des lois spéciales qui la prévoient et, à défaut, sur les règles générales de l'enrichissement illégitime au sens des art. 62 à 67 CO (ATF 115 V 115 consid. 3b et les références). Aux termes de l'art. 62 al. 1 et 2 CO, celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui, est tenu à restitution. 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. La demeure survient par l'interpellation (art. 102 al. 1 CO), soit, dans le cadre des art. 62 ss CO, par la déclaration du créancier

A/1126/2012 - 9/13 - manifestant clairement sa volonté de se voir restituer l'indu. La date de réception de cette déclaration de volonté est déterminante (Luc THEVENOZ in Thévenoz/Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, n. 19 ad art. 102). b) L'art. 17 des CGA applicables à l'assurance COMPLETA TOP prévoit que SWICA paie les frais de traitement médicalement nécessaires qui surviennent pendant un séjour provisoire à l'étranger d'une personne domiciliée en Suisse. c) Selon l'art. 28 CGA générales applicables à toutes les assurances complémentaires soumises à la LCA, les prestations que SWICA a versées par erreur doivent être restituées par l'assuré sur injonction écrite.

E. 4

Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art 247 CPC), comme c'était le cas sous l'empire de l'art. 85 al. 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance - LSA ; RS 961.01). En introduisant cet allègement de procédure, le législateur s'était inspiré des dispositions de droit fédéral motivées par des buts de politique sociale en matière de baux à loyer (art. 274d du code des obligations - CO ; RS 220), de baux à ferme (art. 301 CO) et de contrats de travail (art. 343 CO; ATF 127 III 421 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de contrat de travail et de bail, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit

à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la preuve, ATF 129 III 18 consid. 2.6 et les arrêts cités). 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

A/1126/2012 - 10/13 - les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). Au surplus, la maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.386/2006 du 18 avril 2007 consid. 4.1, non publié in ATF 133 III 323 et ATF 130 III 321 consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Si, à l'issue de l'appréciation des preuves, le juge reste dans le doute, il ne doit appliquer l'art. 8 CC que s'il n'existe pas une règle spéciale de droit fédéral instituant une présomption (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Dès lors qu'il conclut qu'une preuve est apportée, le juge n'a plus à appliquer des règles sur le fardeau de la preuve, à l'exemple de l'art. 8 CC, ou des règles instituant des présomptions.

E. 5

En l'espèce, il est établi que l'assuré n'a pas séjourné à l'Hôpital HCA de décembre 2009 à janvier 2010 ce qui implique que les prestations ont été versées à tort. Les résultats de l'enquête diligentée par X_____ sur place sont convaincants, s'agissant en particulier du public sélectif admis dans un Hôpital de l'armée, de la facturation en dinars, et du fait que l'assuré et le Dr A_____ sont inconnus de cet hôpital, ce d'autant plus que l'enquête est complétée par l'attestation absolument claire du directeur de l'Hôpital en question. Ce dernier confirme non seulement que l'assuré n'a pas séjourné dans l'hôpital mais aussi que le montant en question n'a pas été versé. La Cour a examiné le courrier original de l'HCA, daté et signé, et le fait que le nom du directeur n'apparaisse pas en français n'est pas suffisant pour prétendre qu'il s'agirait d'un faux. Ainsi, le caviardage de la signature du directeur n'empêche pas de retenir que cette pièce est probante. Certes, l'assuré a produit de nombreuses pièces (quittance, avis de débit bancaire, attestation médicale) qui laissent croire à la véracité de ses dires et qui ont d'ailleurs amené l'assurance à payer les prestations. Toutefois, ces pièces sont contradictoires et les explications de l'assuré ne sont pas convaincantes : l'assuré aurait retiré 32'000 € au guichet de la banque postale le 31 janvier 2010, à Jelil, et payé le jour même à Alger la facture en espèce, obtenant une quittance du trésorier de l'HCA ("payé: reçu le 31 janvier 2010"). Ce paiement en espèces est incompatible avec l'ordre de virement (qui n'est nullement annulé) donné à la banque pour procéder à un versement de 30'425 € 60 à l'HCA, montant payable jusqu'au 10 février 2010.

A/1126/2012 - 11/13 - S'agissant de l'HCA, il est situé au Gué de Constantine et non pas au Guai de Constantine et le logo de la banque postale est curieusement fort différent selon les pièces produites (ordre de paiement du 31 janvier et attestation de débit du même jour). Il ressort d'un article de la Liberté, quotidien d'Alger, du 13 juin 2007 que "de par son statut d'hôpital militaire, les soins à Aïn Naâdja n'ouvrent droit qu'aux éléments de l'Armée nationale et leurs proches, les hauts fonctionnaires de l'Etat ainsi que les moudjahidine. Chose tout à fait normale, explique un médecin qui ajoutera que "même si l'hôpital n'est ouvert qu'à une certaine catégorie de la population, les militaires, nous recevons beaucoup de civils dont les pathologies nécessitent une prise en charge d'appoint pour peu que l'hôpital où le patient a été admis lui délivre une prise en charge, (...) notamment dans le cas des malades cancéreux". Il est donc vraisemblable que les factures et attestations médicales soient des faux, sans qu'il soit nécessaire d'attendre l'issue de la procédure pénale à ce sujet eu égard à ce qui suit.

E. 6

D'une part, on ne discerne pas quel serait l'intérêt de X_____, de son enquêteur sur place et de l'hôpital à nier la réalité de l'hospitalisation de ce patient. On peut bien sûr, à l'instar de l'assuré, prétendre que l'enquêteur invente l'existence de fraudeurs pour justifier les honoraires de ses enquêtes. On peut aussi imaginer qu'un employé corrompu de l'HCA encaisse le montant de la facture à son compte. Toutefois, ce ne sont que des suppositions qui ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante des documents produits. Il semble ainsi hautement invraisemblable que X_____ ait forgé un faux document, à l'entête d'un hôpital, de sorte que l'exigence de l'assuré de faire authentifier les pièces produites par l'assurance est excessive, voire irréaliste. De plus, l'assuré disposait du temps nécessaire entre le premier courrier de l'assurance du 3 janvier 2011 et l'audience du 12 juin 2011 pour tenter d'apporter la preuve du contraire, à savoir que les résultats de l'enquête ne correspondaient pas à la réalité. Il pouvait ainsi obtenir une confirmation écrite de son séjour de la part de l'Hôpital, une confirmation du médecin l'ayant traité et de son appartenance à l'HCA, une attestation des proches sur place l'ayant accompagné en urgence, voire une attestation claire de sa banque. De plus, le témoin défaillant cité par l'assuré indique être incapable de témoigner en raison de graves troubles psychiques. Soit ces troubles sont bien réels et ils sont alors manifestement incompatibles avec un long voyage en voiture jusqu'à Alger, ce qui infirme les déclarations de l'assuré. Soit il s'agit d'un prétexte pour ne pas devoir témoigner, évitant de se parjurer en confirmant ce prétendu voyage en Algérie. D'ailleurs, il n'est pas exclu que le courrier d'excuse du témoin ait été, à tout le moins, rédigé en accord avec l'assuré, dès lors que c'est ce dernier qui l'a déposé au greffe. A cet égard, il y a lieu de rappeler que la maxime inquisitoire ne dispense pas les parties de collaborer à l'établissement des faits, ce que l'assuré n'a manifestement pas fait. D'autre part, les contradictions de l'assuré concernant de nombreux éléments permettent de douter de la véracité de l'ensemble de ses allégations. Il s'avère qu'il

A/1126/2012 - 12/13 - bénéficie d'une rente de l'assurance invalidité depuis 1996 et de prestations complémentaires, ce qui exclut non seulement la prétendue fortune familiale mais aussi les activités d'import-export et toute justification à l'existence de comptes en Algérie, si ce n'est pour les besoins de la présente cause. Malgré la gravité de son état psychique qui aurait nécessité près d'un mois d'hospitalisation, il n'aurait pas poursuivi de traitement à son retour à Genève. D'ailleurs, l'assuré a déjà été poursuivi et condamné pour d'autres faits similaires. Il est ainsi démontré que les prestations versées ont été indûment

perçues, de sorte que sur la base des conditions générales du contrat d'assurance et des art. 62 et ss. CO, la demanderesse est en droit de réclamer le remboursement de 24'036 fr. 45.

E. 7

Selon l'art. 41 CO, celui qui cause, d'une manière illicite, un dommage à autrui, soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence, est tenu de le réparer. En l'espèce, l'assurance a été contrainte de procéder à une enquête sur place afin d'établir que l'assuré n'avait pas été hospitalisé à Alger, l'assuré l'ayant astucieusement induite en erreur par la production de faux documents. Les frais d'enquête constituent ainsi un dommage pour l'assurance, dont le montant est prouvé par la facture de X_____ du 15 décembre 2010, en lien de causalité adéquate avec les infractions intentionnellement commises par l'assuré dans le but d'obtenir un enrichissement illégitime. Le défendeur sera donc également condamné à payer à la demanderesse ces frais d'enquête pour 1'015 fr. 80, soit au total 25'052 fr. 25. S'agissant des intérêts moratoires, ils sont dus dès la mise en demeure adressée par l'assurance à l'assuré, soit dès le 19 mai 2011.

E. 8

La demande doit dès lors être admise. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du défendeur (art. 17 al. 3 let. b loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/1126/2012 - 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.