

GE_GERICHTE ATAS/153/2014 vom 5. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_153_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/153/2014 du 5 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/153/2014 del 5 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à l'art. 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 sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1). L'assurance en cause est une assurance perte de gain en cas de maladie. L'indemnité journalière en cas de perte de gain est prévue dans le catalogue de l'assurance maladie facultative de sorte qu'il existe un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106, consid. f), partant il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie. Selon l'art. 2 des conditions générales d'assurance (édition CGA 01-2006) d'assurance collective maladie d'indemnités journalières perte de gain (ci-après : CGA), le contrat est régi par la LCA. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558, consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 3

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En vertu de l'art. 36 CGA, l'assuré peut notamment choisir comme for judiciaire le lieu où il accomplit habituellement son travail. En l'espèce, le siège de l'employeur est à Genève de sorte que la Cour de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 4

Le litige concerne le droit du demandeur à une indemnité journalière du 19 septembre 2011 au 8 février 2012, soit à l'issue de la période de couverture d'assurance.

E. 5

L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, le demandeur était couvert contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une

assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (i.e. le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (ATF non publié 4A_179/2007 du 12 septembre 2007, consid. 4.2).

A/29/2013 - 14/19 - Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse (cf. ATF non publié 5C.42/2005 du 21 avril 2005, consid. 3).

E. 6

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (ATF non publié 5C.263/2000 du 6 mars 2001, consid. 4a).

E. 7

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, 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).

E. 8

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (ATF non publié 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), 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 (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF non publié 4A_491/2008 du 4 février 2009, 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).

A/29/2013 - 15/19 -

E. 9

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Elle s'applique également dans le domaine des contrats d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

E. 10

Il ressort de la police d'assurance n° 14'460'992 que l'employeur du demandeur, en tant que preneur d'assurance, et la défenderesse ont conclu un contrat d'assurance. Conformément à ladite police, le demandeur, en sa qualité d'employé, a droit au versement d'une indemnité journalière s'élevant à 80% de son salaire du 31ème au 720ème jour de maladie, soit après l'écoulement d'un délai d'attente de 30 jours, dans une période de 900 jours consécutifs.

E. 11

En premier lieu, il convient de déterminer si l'incapacité de gain admise par la défenderesse jusqu'au 18 septembre 2011 était encore en cours du 19 septembre 2011 au 8 février 2012, soit jusqu'à l'épuisement du droit du demandeur. Ce dernier conteste la valeur probante de l'expertise du 12 août 2011 du Dr Q_____, contrairement à la défenderesse qui considère sa force probante comme pleine. Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, 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 porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF non publié 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). 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. Ce qui compte à cet égard, c'est 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, 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

A/29/2013 - 16/19 - nouée (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF non publié 4A_412/2010 du 27 septembre 2010, consid. 3.1). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales

litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999). Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par le rapport de l'expert, qu'il doit apprécier en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. S'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 129 I 49 consid. 4; ATF 128 I 81 consid. 2; ATF 122 V 157 consid. 1c). De tels motifs déterminants existent notamment lorsque l'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination ultérieure de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 52 consid. 2; ATF 101 Ib 405 consid. 3b/aa; ATF 101 IV 129 consid. 3a in fine; ATF non publié 4D_8/2008 du 31 mars 2008, consid. 3.2.1).

E. 12

En l'espèce, la valeur probante de l'expertise du Dr Q _____ apparaît à première vue comme discutable, notamment en raison du caractère contradictoire des conclusions par rapport aux éléments objectifs relevés. Cette question peut toutefois demeurer indécise dans la mesure où les parties sont parvenues à un accord conforme au droit sur le fond du litige. En effet, dans sa réponse du 7 juin 2013, la défenderesse reconnaît que les avis du Dr Q _____, des médecins traitant et du Dr W _____ du SMR sont divergents. Sur cette base, elle a admis par gain de paix le versement au défendeur du solde des indemnités journalières d'un montant total de 22'493 fr. 90, jusqu'à l'épuisement de son droit, soit le 8 février 2012, après déduction de la rente d'invalidité versée jusqu'au 31 octobre 2011 et due selon le projet de décision rendu par l'OAI du 12 février 2013. Le demandeur a accepté ce versement tant dans son principe que dans sa quotité. Les parties s'opposent toutefois encore sur la compensation de la somme de 22'493 fr. 90 avec la rente d'invalidité et sur la question du principe et du dies a quo des intérêts moratoires.

E. 13

A teneur de l'art. 20 al. 2 des CGA, si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances sociales, ou d'assurances d'entreprise ou privées, ou qu'un tiers

A/29/2013 - 17/19 - responsable l'a indemnisé, les prestations obtenues ou exigibles par l'assuré auprès des assurances précitées pendant la même période, de même que celles obtenues du tiers responsable, sont déduites des prestations dues par l'assurance. Lorsque cette dernière paie des indemnités journalières en attendant que le droit à des prestations des assurances précitées soit établi, le montant payé en trop constitue une avance dont l'assurance est en droit de demander le remboursement directement aux assurances concernées (AVS/AI, LAPG, LACI, LAA, LAMal, LPP). Ainsi, la défenderesse est tenue de verser au demandeur la somme de 22'493 fr. 90, sous déduction d'éventuelles rentes d'invalidité versées durant la même période. Il appartiendra à la défenderesse de se renseigner auprès de l'OAI afin de déterminer si elle peut exercer une compensation ou non, ou encore si elle doit requérir de cet office le remboursement de tout ou partie des indemnités journalières versées au demandeur.

E. 14

Il convient enfin de déterminer si des intérêts moratoires portent sur la somme de 22'493 fr. 90, et, si tel est le cas, depuis quand. Le demandeur soutient que les intérêts sont dus à

compter du 9 décembre 2011, soit à l'échéance de sa mise en demeure contenue dans son courrier du 30 novembre 2011 et à l'issue d'un délai de quatre semaines dès la connaissance par la défenderesse de tous les éléments nécessaires à l'établissement de son droit aux indemnités journalières. Quant à la défenderesse, elle considère qu'elle ne détenait pas tous les éléments nécessaires pour établir le droit à la rente du demandeur le 9 décembre 2011 dans la mesure où, sur la base de l'expertise du Dr Q _____, elle s'attendait à ce qu'il reprenne le travail. De plus, le courrier du 30 novembre 2011 ne remplissait pas les conditions pour pouvoir être considéré comme une mise en demeure. Subsidiairement et si les intérêts moratoires étaient admis, ils devaient l'être à l'échéance moyenne et non dès la mise en demeure. S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO) ; lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7). L'interpellation est une déclaration de volonté que le créancier adresse au débiteur pour lui faire savoir qu'il exige la prestation sans délai (WEBER, Commentaire bernois, n. 63 ad art. 102 CO ; LARENZ, Lehrbuch des Schuldrechts, vol. I,

A/29/2013 - 18/19 - Allgemeiner Teil, 14e éd., Munich 1987, p. 345). L'interpellation doit désigner la prestation à effectuer d'une manière suffisamment exacte pour que le débiteur comprenne ce que le créancier entend réclamer. S'il s'agit d'une créance d'argent, il faut en règle générale préciser son montant. Le créancier peut cependant renoncer à chiffrer sa prétention dans l'interpellation elle-même, par exemple, lorsqu'il se réfère à une facture envoyée auparavant et dans laquelle le montant est précisé (ATF 129 III 535 in JT 2003 I 590 consid. 3.2.2). La Cour de céans considère que la défenderesse a reçu la majorité des justificatifs médicaux entre la fin de l'année 2011 et le début de l'année 2012, ce qui lui permettait déjà de se prononcer sur le droit aux indemnités journalières du demandeur. En effet, elle ne saurait raisonnablement s'appuyer sur l'expertise du Dr Q _____ pour prétendre qu'elle s'attendait, le 9 décembre 2011, à une reprise du travail du demandeur, alors qu'elle n'a pas estimé ladite expertise comme suffisamment probante pour persister dans son refus de verser au demandeur le solde des indemnités journalières qu'il réclamait. En ce qui concerne l'interpellation, le courrier du 30 novembre 2011 ne peut être considéré comme une mise en demeure au sens de la loi, contrairement à ce que soutient le demandeur. Dans ce courrier, ce dernier s'est en effet borné à requérir de la défenderesse la poursuite du versement des indemnités journalières dès le 19 septembre 2011, sans spécifier le montant de sa créance ou l'échéance du versement des indemnités journalières qui aurait permis de la calculer. Cette interpellation a effectivement eu lieu par le dépôt de la demande en paiement qui a été notifiée à la défenderesse par courrier simple du 8 janvier 2013 et vraisemblablement reçu le lendemain, de sorte que les intérêts sont dus dès le 10 janvier 2013.

E. 15

Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC; RS E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

E. 16

Le demandeur, représenté par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 4'500 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC; RS E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC), s'agissant d'une affaire pécuniaire dont la valeur litigieuse se situe au-delà de 20'000 fr. et jusqu'à 40'000 francs et compte tenu de la complexité de la procédure et de sa durée. Les développements de la défenderesse sur le fait qu'elle devrait être exemptée du paiement de dépens sont sans pertinence eu égard à la loi et au fait que ce n'est qu'après plusieurs mois de procédure qu'elle a finalement accepté de verser au demandeur les indemnités journalières qui lui étaient réclamées. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/29/2013 - 19/19 - 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.