

GE_GERICHTE ATAS/200/2017 vom 13. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_200_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/200/2017 du 13 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/200/2017 del 13 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 34 des conditions générales du contrat d'assurance régissant l'assurance-maladie collective d'indemnités journalières selon la LCA (ci-après : CGA) – qui font partie intégrante de la police d'assurance n° 1.126288.000.4 conclue par l'employeur auprès de la défenderesse – prévoit que le preneur d'assurance ou la personne assurée peut intenter une action en justice soit à son lieu de domicile en Suisse, soit à Muri (BE). La personne assurée est de plus également en droit d'agir à son lieu de travail.

A/2387/2016 - 9/17 - La demanderesse ayant son domicile et travaillant dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de sa demande.

E. 3

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). Pour le surplus, 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).

E. 4

a. La chambre de céans relève en premier lieu que la demanderesse a interjeté à tort un « recours (...) contre la décision [de la défenderesse] de suspendre les indemnités journalières au 30 septembre 2016 », au lieu d'une demande en paiement d'indemnités journalières à

partir du 1er octobre 2016. En effet, dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, comme en l'espèce, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA – de nature impérative (cf. art. 98 LCA) – confère un droit propre à l'assuré, qu'il peut faire valoir directement contre l'assureur (ATF 141 III 112 consid. 4.3 ; entre autres auteurs: Vincent BRULHART, L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie, in *Le droit social dans la pratique de l'entreprise*, 2006, p. 103). La volonté du législateur était de protéger l'assuré malade ou accidenté contre le risque que le preneur d'assurance s'enrichisse à son détriment (ATF 141 III 112 consid.

E. 4.3

; arrêt du Tribunal fédéral 5C.3/2003 du 31 mars 2003 consid. 3.3). Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. Nonobstant cette erreur dans le libellé de l'acte, la chambre de céans admettra la recevabilité de la demande, dans la mesure où elle respecte les conditions de forme requises (art. 244 et 130 CPC) et que les termes de l'écriture, certes brève, de la demanderesse permettent de comprendre qu'elle requiert le versement des indemnités journalières découlant de son incapacité de travail. b/aa. Il convient encore d'examiner la recevabilité de la conclusion de la demanderesse tendant à l'annulation de la suspension du versement des indemnités journalières à compter du 1er octobre 2016, autrement dit au paiement desdites indemnités dès cette date. Bien qu'il s'agisse d'une action tendant au paiement d'une somme d'argent, la demanderesse n'articule aucun montant dans le cadre de ses conclusions. A cet égard, il convient de rappeler que les conclusions doivent être déterminées avec suffisamment de précision ; ainsi celles qui portent sur une somme d'argent

A/2387/2016 - 10/17 - doivent être chiffrées, conformément à l'art. 84 al. 2 CPC (ATF 134 III 235 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2 ; Laurent KILLIAS, *Berner Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung*, Band I : art. 1-149 ZPO, 2012, n. 9 ad art. 221 CPC ; François BOHNET, *Code de procédure civile commenté*, 2011, n. 17 ad art. 84 CPC). Il s'agit d'une condition de recevabilité (BOHNET, *op. cit.*, n. 25 ad art. 85 CPC). La règle n'est certes pas absolue et l'art. 85 CPC prévoit que le demandeur peut ne pas prendre de conclusions chiffrées lorsqu'il lui est impossible d'articuler d'entrée de cause le montant de ses prétentions, parce que, par exemple, les informations lui permettant de l'articuler sont en mains du défendeur ou d'un tiers ou qu'il serait déraisonnable de le lui demander, notamment en raison d'investigations lourdes et coûteuses ou lorsque le dommage n'est pas clairement connu (BOHNET, *op. cit.*, nn. 6, 7 et 13 ad art. 85 CPC). Dans ce cas, le demandeur doit tout de même tenter de chiffrer ses prétentions, puisqu'il doit indiquer une valeur litigieuse minimale aux termes de l'art. 85 al. 1 in fine CPC (KILLIAS, *op. cit.*, n. 10 ad art. 221 CPC ; BOHNET, *op. cit.*, n. 18 ad art. 85 CPC ; David HOFFMANN/Christian LÜSCHER, *Le Code de procédure civile*, 2015, p. 60). Exceptionnellement, des conclusions non chiffrées suffisent lorsque la somme à allouer est d'emblée reconnaissable au regard de la motivation du recours ou de la décision attaquée (ATF 134 III 235 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2). Toutefois, dans deux affaires d'assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions

d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n. 50'123'083 » (ATF 134 III 235 consid. 2) ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur, dès le 30 août 2004, plus intérêts à 5% dès la même date » (arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008). b/bb. Quiconque participe à la procédure doit se conformer aux règles de la bonne foi (art. 52 CPC). En particulier, les actes de procédure des parties doivent être interprétés conformément à ces règles (ATF 105 II 149 consid. 2a in JdT 1980 I 177). Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1 in JdT 2011 IV 17). L'interdiction du formalisme excessif impose de ne pas se montrer trop strict dans la formulation des conclusions si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant ; tel est en particulier le cas lorsque le but et l'objet du recours, ou – en cas de conclusions qui doivent être chiffrées – le montant requis, ressortent sans aucun doute des motifs invoqués, éventuellement associés à la

A/2387/2016 - 11/17 - décision attaquée. Les conclusions doivent être interprétées à la lumière de la motivation (ATF 137 III 617 consid. 6.2 in JdT 2014 II 187 et SJ 2012 I 373). Dans l'interprétation selon le principe de la bonne foi, l'autorité peut tenir compte du fait que le demandeur n'est pas représenté par un avocat et a rédigé lui-même ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_551/2008 du 12 mai 2009 consid. 2.3). b/cc. En l'occurrence, lorsque la demanderesse a saisi la chambre de céans, elle n'était pas représentée, ce dont il convient de tenir compte. Quand bien même son écriture est extrêmement brève, il ressort du dossier, et en particulier des certificats et rapports médicaux qu'elle produit, que la demanderesse se considère en incapacité de travail, quelle que soit l'activité déployée, et qu'elle sollicite la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'à la fin de son droit. Dans la mesure où le montant de l'indemnité journalière est de CHF 61.08, que la défenderesse s'est acquittée de 414 indemnités journalières pour la période du 31 juillet 2015 au 22 avril 2016 et que le contrat d'assurance couvre la perte de gain maladie durant 730 jours, la valeur litigieuse peut être aisément déterminée et fixée à CHF 19'301.30 ($730 - 414 = 316$; $316 \times 61.08 = 19'301.28$). Certes, la demanderesse a-t-elle été représentée dès le 14 octobre 2016, alors qu'un délai lui avait été accordé pour répliquer, ce qui aurait dû lui permettre de préciser ses conclusions et de chiffrer ses prétentions. Cela étant, compte tenu des considérations qui précèdent et du fait que la défenderesse n'a émis aucun grief sur la question de la recevabilité de la demande il convient d'admettre la recevabilité de la conclusion de la demanderesse tendant à la prise en charge de son incapacité de travail dès le 1er octobre 2016.

E. 5

Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse aux indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2016.

E. 6

A teneur de l'art. 247 al. 2 let. a CPC, la chambre de céans établit les faits d'office. 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 plaisir

A/2387/2016 - 12/17 - l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 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

E. 10

En l'occurrence, le contrat d'assurance police n° 1.126288.000.4, valable à partir du 1er janvier 2015, et les art. 11 à 15 des CGA, prévoient qu'en cas d'incapacité travail d'au moins 25 % due à une maladie et attestée par un médecin ou un chiropraticien, l'assuré a droit au versement d'un maximum de 730 indemnités journalières sous déduction du délai d'attente de quatorze jours par cas. En cas d'incapacité de gain supérieure à 50 %, l'indemnité journalière s'élève à 80 % du gain assuré (jusqu'à concurrence d'un gain annuel de CHF 126'000.-). En cas d'incapacité de travail partielle égale ou supérieure à 25 %, mais inférieure à 50 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de ladite incapacité. Par « assuré », il faut comprendre tout le personnel âgé de moins de 70 ans de l'employeur (art. 6 CGA). Est considérée comme maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 4 CGA). A teneur de l'art. 22 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle ou entière de longue durée, la personne assurée est tenue d'accepter une activité pouvant raisonnablement être attendue d'elle dans une autre profession ou dans un autre secteur d'activité. [L'assurance] met la personne assurée en demeure, en fixant un délai adéquat, d'adapter son activité exercée précédemment ou de reprendre une autre activité pouvant raisonnablement être attendue d'elle. La personne assurée est tenue de faire valoir ses droits auprès des institutions d'assurance sociales compétentes, notamment auprès de l'[OAI].

A/2387/2016 - 15/17 -

E. 11

En l'espèce, il convient de rappeler que la défenderesse a versé des indemnités journalières de CHF 61.08 du 31 juillet 2015 au 30 septembre 2016, soit durant 414 jours, en raison de l'incapacité de travail totale causée par les atteintes au genou gauche de la demanderesse. Le 1er juillet 2016, l'assurance a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2016, dans la mesure où son médecin-conseil, le Dr E_____, et le médecin traitant de la demanderesse, la Dresse D_____, concluaient à une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire, ce qui excédait légèrement le taux d'activité déployé par l'intéressé dans son activité habituelle. Un délai de trois mois, soit jusqu'au 30 septembre 2016, lui était accordé, pour qu'elle puisse changer de profession. Pour sa part, la

défenderesse conteste avoir recouvré une quelconque capacité de travail. Le rapport du Dr E_____ était contredit par les certificats d'incapacité de travail établi par les Drs D_____, G_____, F_____ et I_____. De plus, dans son rapport du 6 juillet 2016, la Dresse G_____ avait considéré qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à sa santé sur sa capacité de travail. Dans un rapport du 6 octobre 2016, ce même médecin avait précisé que compte tenu de l'impossibilité de reprendre son activité habituelle d'aide-soignante, il était nécessaire de prévoir une hospitalisation au sein de la clinique de la SUVA. En l'occurrence, il ressort du dossier les éléments suivants : la demanderesse a été en incapacité de travail depuis le 31 juillet 2015 en raison d'une atteinte à son genou gauche, plus particulièrement au ménisque externe. Le 15 septembre 2015, elle a été opérée par la Dresse C_____. Dans son rapport du 19 février 2016, le Dr F_____ a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante et à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le 11 mars 2016, la Dresse D_____ a considéré que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail dans un délai de six mois. Dans son rapport du 6 juin 2016, la Dresse D_____ a considéré qu'actuellement sa capacité de travail dans une activité adaptée limitant la marche et la nécessité de monter des escaliers était de 50 %. Le 23 juin 2016, le Dr E_____, médecin-conseil de la défenderesse a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec un taux d'occupation de 47 %. Dans un rapport du 6 juillet 2016, la Dresse G_____ a considéré que l'état de santé de la demanderesse était stationnaire et que la capacité de travail était de 100 % dans une activité sédentaire. Il apparaît donc que les différents médecins ayant eu à connaître du cas de la demanderesse s'accordent sur le fait qu'elle présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais qu'elle est en mesure de travailler à tout le moins à 50 % dans une activité adaptée de type sédentaire, afin d'éviter de solliciter son genou gauche.

A/2387/2016 - 16/17 - Sur ce point les certificats médicaux d'incapacité de travail des Drs D_____, G_____, F_____ et I_____ produits par la demanderesse pour la période allant au-delà du 30 septembre 2016 ne suffisent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, à remettre en question les conclusions concordantes des médecins précités, dont la Dresse D_____, médecin traitant de la demanderesse, et les Drs F_____ et G_____, l'ayant reçue en consultation à plusieurs reprises. En tout état de cause, le fait que la demanderesse soit en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle, ce qu'attestent lesdits certificats, n'est contesté ni par les médecins, ni par les parties. Quant au rapport du 6 octobre 2016 de la Dresse G_____, bien qu'il fasse état d'une aggravation de la situation, il ne modifie pas les conclusions de ce médecin relatives à la capacité de travail prises dans son rapport précédent du 6 juillet 2016. S'agissant des recommandations d'investigations complémentaires de la Dresse G_____ dans ses rapports des 6 juillet et 6 octobre 2016, elles ne changent rien à l'appréciation du litige, dans la mesure où les conclusions des médecins, dont la Dresse G_____ elle-même, s'accordent sur le fait que la demanderesse est en mesure de travailler à 50 %, à tout le moins, dans une activité adaptée. Le cas échéant, le fait que d'éventuelles mesures thérapeutiques puissent encore améliorer l'état de santé de la recourante ne change rien au fait que cette dernière est tenue légalement et contractuellement de diminuer son dommage, notamment en changeant de profession. Sur ce point, et au vu des éléments qui ressortent du dossier de l'OAI, il semblerait que les motifs qui ont conduit la demanderesse à renoncer à une reconversion professionnelle, en particulier dans une activité d'animatrice pour personnes âgées, soient principalement en

lien avec des facteurs psychosociaux, en l'occurrence le refus de son époux, et non pour des motifs de santé. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans dispose de tous les éléments nécessaires à la résolution du litige, de sorte que l'expertise judiciaire sollicitée par la demanderesse et l'apport des pièces complémentaires du dossier de l'OAI requis par la défenderesse ne sont pas utiles.

E. 12

Dès lors, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse, ni perçu de frais judiciaires (art. 22 al. 3 let. a de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012; LaCC - E 1 05).

A/2387/2016 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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