

# **GE\_GERICHTE ATAS/240/2016 vom 22. März 2016**

GE Cour de justice, 2016-03-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_240\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_240_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/240/2016 du 22 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/240/2016 del 22 marzo 2016

## **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 (loi sur le contrat d'assurance, 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. 1.3 des conditions générales d'assurance de l'assurance collective d'indemnités journalières (ci-après : CGA), édition 2006, le contrat est régi par la LCA. La compétence à raison de la matière de la chambre de céans 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 une personne morale, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. 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. 56 des CGA prévoit qu'en cas de contestation découlant du contrat, le preneur d'assurance, respectivement l'assuré, a le choix entre le for de Lucerne, ou celui de son domicile en Suisse, ou celui de son lieu de travail. Le lieu de travail du demandeur se trouvant à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente 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), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

### **E. 4**

Dans la mesure où le demandeur agit en personne, que sa demande est rédigée à la main et de manière succincte, et qu'il a amplifié ses conclusions en cours de procédure, il y a lieu d'examiner, à titre liminaire, si les conditions de recevabilité formelle sont respectées.

A/3264/2015 - 7/14 - a) 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). À teneur de l'art 244 al. 1 CPC, la demande peut être déposée dans les formes prescrites à l'art. 130 ou dictée au procès-verbal au tribunal. Elle contient la désignation des parties (let. a), les conclusions (let. b), la description de l'objet du litige (let. c), si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d) et la date et la signature (let. e). Une motivation n'est pas nécessaire (art. 244 al. 2 CPC). 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 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) Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, in Bohnet et al. [éd.], Code de procédure civile commenté, n. 20 ad art. 246 CPC). Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Cet article, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un changement de conclusions est admissible (TAPPY, op. cit., n. 14 et 17 ad art. 227). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même

A/3264/2015 - 8/14 - fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1). c) En l'occurrence, le recourant a clairement indiqué dans sa demande du 21 septembre 2015, puis dans le cadre de ses écritures subséquentes, qu'il contestait le montant des indemnités journalières de 50%, puis 30%, versées par la défenderesse dès les mois de décembre 2014, puis août 2015, à la lumière des conclusions de la Dresse B\_\_\_\_\_. S'il ne chiffre pas ses conclusions, la motivation du demandeur, de même que les éléments du dossier, permettent de déterminer aisément le montant dont il requiert le versement. La demande du 21 septembre 2015 doit donc être déclarée recevable. S'agissant de la recevabilité des conclusions amplifiées du demandeur, il apparaît que ce dernier a augmenté ses prétentions entre sa demande du 21 septembre 2015 et ses observations du 4 décembre 2015. En réalité, l'intéressé a maintenu sa position quant à son incapacité de travail totale et au fait que les taux des indemnités journalières qui lui étaient servies n'étaient pas suffisants, mais a augmenté ses conclusions en ce qui concerne la période pour laquelle il en demandait le versement. En effet, dans sa

demande, il concluait au versement desdites indemnités jusqu'au 31 octobre 2015, alors que dans ses observations, la date retenue était le 31 janvier 2016. À la lecture du dossier, il apparaît que le demandeur s'est fondé dans les deux cas sur le dernier certificat d'incapacité de travail de la Dresse B \_\_\_\_\_ en sa possession. Dès lors, ses conclusions amplifiées tendant à obtenir des indemnités journalières entre le 1er novembre 2015 et le 31 janvier 2016, sont en lien de causalité avec sa demande du 21 septembre 2015 et doivent être déclarées recevables. Dans le cadre de son courrier du 20 janvier 2016, le demandeur a une fois encore augmenté ses prétentions en concluant au paiement par la défenderesse d'une indemnité de CHF 30'000.- destinée à réparer son préjudice moral et financier. En ce qui concerne le préjudice financier, il apparaît que cette prétention se confond avec ses conclusions relatives aux paiements des indemnités journalières. Quant au préjudice moral, l'existence d'un lien de causalité avec sa demande en paiement peut apparaître contestable, dans la mesure où le fondement juridique d'un tel préjudice repose sur un acte illicite, alors que les indemnités journalières réclamées découlent d'un rapport contractuel d'assurance. Cela étant, la question de la recevabilité de cette conclusion peut demeurer ouverte. En effet, il apparaît qu'aucune des conditions nécessaires à l'octroi d'une réparation pour tort moral prévues à l'art. 47 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) ne sont remplies, en l'absence d'un préjudice, d'un dommage ou d'une faute.

#### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du demandeur au paiement de l'entier des indemnités journalières du 1er décembre 2014 au 31 janvier 2016.

A/3264/2015 - 9/14 - Toutefois, dans le cadre de sa réponse du 13 novembre 2015, la défenderesse a partiellement fait droit aux conclusions du demandeur et lui a versé l'intégralité des indemnités journalières demandées entre le 1er décembre 2014 et le 5 septembre 2015, soit le montant de CHF 20'798.20, ce dont la chambre de céans prend acte. Par conséquent, n'est plus litigieuse que la question du montant des indemnités journalières versées à compter du 6 septembre 2015.

#### **E. 6**

D'après l'art. 5.1 CGA, l'assureur garantit une protection d'assurance pour les conséquences économiques engendrées par une incapacité de travail par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident. Par maladie, on entend tout trouble de la santé physique ou mentale, indépendant de la volonté de l'assuré et médicalement décelable, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas dû à un accident, à une lésion corporelle assimilée à un accident ou à une maladie professionnelle, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire (art. 11 CGA) L'art. 28.2 CGA dispose que le droit aux prestations prend naissance lorsque la personne assurée est totalement ou partiellement en incapacité de travail, conformément à la constatation médicale, et que l'incapacité de travail a existé pendant une durée supérieure au délai d'attente fixé dans le contrat. Le droit aux prestations existe au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical et au maximum pendant la durée convenue des prestations. En cas d'incapacité partielle de travail, la prestation est calculée en fonction du degré de l'incapacité de travail. Une incapacité de travail inférieure à 25% ne donne pas droit à des prestations (art. 28.3 CGA). À teneur de l'art. 44.5 CGA, l'assuré présentant une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle est dans

l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante (obligation de restreindre le dommage). Une activité raisonnable dans le cadre d'une autre profession ou domaine professionnel sera prise en considération.

## **E. 7**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit

A/3264/2015 - 10/14 - litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007

consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

A/3264/2015 - 11/14 -

### **E. 8**

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). 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**

La demande est partiellement admise, de sorte que le demandeur obtient gain de cause sur l'essentiel de ses conclusions. Dans le champ d'application du CPC, les dépens ne sont pas alloués d'office, mais seulement sur requête. Au contraire de l'al. 1 relatif aux frais judiciaires, l'al. 2 de l'art. 105 ne prescrit pas que les dépens soient fixés d'office (ATF 139 III 334 consid. 4.2). Faute de conclusions en ce sens et dans la mesure où il agit en personne sans l'assistance d'un représentant, le demandeur ne peut pas prétendre à l'octroi de dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/3264/2015 - 14/14 - 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.