

GE_GERICHTE ATAS/243/2009 vom 10. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_243_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/243/2009 du 10 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/243/2009 del 10 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981. Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a au demeurant expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; ACOM/42/2006 du 13 juin 2006; ACOM/55/2005 du 26 août 2005). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

L'assurée, au bénéfice de l'assurance complémentaire "DENTA", a déposé le 2 juillet 2008 auprès du Tribunal de céans une demande visant à obtenir de l'intimée le remboursement de cinq factures établies par la Dresse L_____ le 29 août 2005. L'intimée a soulevé l'exception de prescription.

E. 3

La prescription est une institution qui relève du droit matériel et non de la procédure. Le jugement qui accueille l'exception de prescription ne prononce ainsi pas l'irrecevabilité de la demande, mais son rejet au fond. Le moyen tiré de la prescription doit par ailleurs être examiné en premier, dans la mesure où, si l'exception est admise, un jugement final est rendu alors que si l'exception est rejetée, la décision ne sera que préjudicielle (ATF 118 II 447).

E. 4

Aux termes de l'art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance, ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Selon la jurisprudence, le fait d'où naît l'obligation ne se confond pas avec la survenance du sinistre lorsque cet événement ne donne pas à lui seul droit à la

A/2673/2008 - 6/9 - prestation de l'assureur, laquelle n'est due que si le sinistre engendre un autre fait précis, c'est-à-dire, dans l'assurance-accident, le décès ou l'invalidité (ATF 118 II 447, consid. 2b, p. 455). En d'autres termes, le délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA,

pour la prestation en cas d'invalidité, ne court pas dès le jour de l'accident, mais dès que l'invalidité de l'assuré est acquise. Peu importe en revanche le moment où l'assuré a eu connaissance de son invalidité. En effet, contrairement aux articles 60 CO et 83 al. 1 LCR, le départ du délai de prescription est fixé de manière objective. Il correspond au moment où l'invalidité qui s'est manifestée peut objectivement être tenue pour acquise, c'est-à-dire est permanente et durable (ATF 118 II 447, p. 455 consid. 2; ATFA non publié du 23 octobre 2003, 5C.61/2003, consid. 3.3.). En principe, l'invalidité s'entend comme une diminution, probablement permanente, de la capacité de travail de l'assuré (ATF 118 II 447, consid. 2b; ATF 127 III 100). Tel est généralement le cas lorsqu'il résulte de rapports médicaux que les mesures thérapeutiques destinées à conjurer le mal ou, du moins, à limiter les effets de l'atteinte dommageable ont échoué, c'est-à-dire dès que l'on ne peut plus attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'il en résulte une incapacité de travail permanente et durable. Dans l'ensemble, la jurisprudence montre que le "fait d'où naît l'obligation" ne se confond pas avec la survenance du sinistre lorsque cet événement ne donne pas à lui seul droit à la prestation de l'assureur, celle-ci n'étant due que si le sinistre engendre un autre fait précis, à savoir dans l'assurance- accident, le décès ou l'invalidité; dans l'assurance responsabilité civile, la détermination de la dette de l'assuré envers le lésé (ATF du 9 mars 2000 en la cause 5C.215/1999; ATF du 25 mai 2001 en la cause 5C.43/2001 ; ATF du 27 février 2004 en la cause 5C.112/2003). Ce "fait" n'est pas le même pour les prétentions issues des diverses catégories d'assurances (ROELLI/JAEGER, op.cit., n. 85 ad art. 87/88 LCA; VIRET, op.cit., p. 134; cf. pour l'assurance responsabilité civile, ATF 61 II 198; BREHM, Le contrat d'assurance de responsabilité civile, Lausanne 1983, p. 213 ss); c'est aussi vrai pour l'assurance contre les accidents, vu la diversité des prestations qu'offre cette branche (VIRET, op.cit., p. 135). L'"obligation" visée par l'art. 46 al. 1 LCA est évidemment celle de l'assureur de verser les prestations convenues à raison de l'événement assuré ; le "fait" qui lui donne naissance est ainsi la réalisation du risque (cf. BOSSARD, Beitrag zur Versicherungsvertragstheorie, thèse Berne 1950, p. 79). Lorsqu'en matière d'assurance contre les accidents, le contrat prévoit une couverture pour le cas d'invalidité, ce n'est pas l'accident comme tel, mais bien la survenance de l'invalidité - comme événement assuré - qui donne lieu à l'obligation de payer des prestations; en effet, tant que l'accident n'entraîne aucune invalidité, l'assureur est fondé à ne pas intervenir (RBA IX No 96 p. 240; ROELLI/JAEGER, op.cit., n. 85 ad art. 87/88 LCA; PÉTERMANN, op.cit., p. 35 ; ATF 118 II 447).

A/2673/2008 - 7/9 - Tel n'est pas le cas en matière d'assurance vol (ATF 126 III 278 consid. 7a p. 280) ou d'assurance incendie (arrêt 5C.43/2001 du 25 mai 2001, consid. 4a , rés. in: AJP 2002 p. 585 ch. 3): l'obligation de l'assureur naît au moment de la survenance du sinistre. C'est donc le sinistre lui-même qui doit engendrer un autre fait précis - comme par exemple l'invalidité ou le décès dans l'assurance accident - pour que le délai de prescription ne commence à courir qu'à partir de cette date. Or, tel n'est le cas ni pour l'assurance casco partielle, ni pour l'assurance vol ou l'assurance incendie; c'est la survenance du sinistre lui-même, soit l'endommagement ou la destruction de l'objet assuré, soit le vol de celui-ci, qui ouvre le droit aux prestations de l'assureur et, en conséquence, fait courir la prescription. Le résultat de l'enquête pénale ne constitue pas un fait engendré par le sinistre en tant que tel, de sorte qu'il ne revêt aucune incidence sur le dies a quo du délai de l'art. 46 al. 1 LCA (ATF 5C.112/2003). En matière d'assurance du bâtiment contre les incendies ou les dégâts d'eau, la prescription commence à courir au moment de la survenance du sinistre (ATF 5C.43/2201).

E. 5

En l'espèce, selon l'art. 1 des Conditions spéciales de l'assurance complémentaire DENTA, "la présente assurance complémentaire permet de couvrir les frais de soins dentaires prodigués par un médecin-dentiste, qui ne sont pas consécutifs à un accident". Il y a ainsi lieu de constater que l'événement dont la survenance donne droit à lui seul à la prestation de la caisse-maladie ne peut être que les soins dentaires eux-mêmes, ou la note d'honoraire du dentiste. Un autre fait n'a pas à intervenir comme pour l'assurance-accidents. Que l'on retienne la date des derniers soins dispensés par la Dresse L_____ à l'assurée, ou celle à laquelle le médecin a établi les factures, ou encore celle à laquelle les créances du médecin à l'encontre de l'assurée sont exigibles, le délai de prescription a commencé à courir en 2005, si bien qu'il était échu en 2007. Aussi les prétentions de l'assurée visées dans sa demande auprès du Tribunal de céans du 2 juillet 2008 sont-elles prescrites, sous réserve d'une éventuelle interruption. C'est à tort que l'assurée considère que le dies a quo doit être fixé au 11 février 2008, date à laquelle la caisse-maladie a eu en sa possession les copies conformes des factures originales numérisées par l'OCPA dans la mesure où il ne s'agit-là que d'une exigence de forme (art. 7 des Conditions spéciales DENTA).

E. 6

Aux termes de l'article 135 chiffre 2 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 LCA, la prescription est interrompue lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou une citation en conciliation.

A/2673/2008 - 8/9 - En l'espèce, l'assurée a certes demandé à sa caisse-maladie le remboursement des factures de la Dresse L_____ le 5 septembre 2005. Elle n'a toutefois pas fait valoir ses droits par des actes qui auraient été susceptibles d'interrompre la prescription au sens de l'art. 135 CO, avant le 2 juillet 2008, date à laquelle elle a déposé sa demande en paiement auprès du Tribunal de céans. On ne saurait dès lors considérer qu'elle a interrompu le délai de prescription.

E. 7

L'assurée reproche à la caisse-maladie d'avoir commis un abus de droit. Le débiteur commet un abus de droit en se prévalant de la prescription, non seulement lorsqu'il amène astucieusement le créancier à ne pas agir en temps utile, mais aussi lorsque, sans dol, il a un comportement qui donne au créancier l'assurance qu'il sera payé et l'incite donc à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pendant le délai de prescription, étant précisé que l'inaction du créancier doit apparaître objectivement compréhensible (ATF 113 II 264 consid. 2e p. 269; 108 II 287 consid. 5b; 89 II 262 /263 consid. 4). Un tel comportement peut consister par exemple à faire patienter le créancier par des pourparlers, en entretenant l'espoir d'un règlement amiable. Selon la jurisprudence, le débiteur de mauvaise foi peut aussi se prévaloir de la prescription sans pour autant commettre un abus de droit. Seul le comportement positif à l'origine du manquement de délai - même dépourvu d'astuce - justifie la contre-exception de l'abus de droit (ATF 83 II 93, p. 101). Il faut se demander si le comportement de la caisse-maladie a rendu compréhensible l'inaction ou la réaction tardive de l'assurée, celle-ci n'ayant agi devant le Tribunal de céans que le 2 juillet 2008. Il est vrai que le fait pour la caisse-maladie d'avoir adressé par erreur à une personne homonyme son courrier du 21 avril 2006 a impliqué une importante perte de temps, la caisse-maladie persistant à solliciter la production des factures originales. Ce n'est ainsi que

le 28 avril 2008 qu'elle admet que les factures numérisées par l'OCPA pouvaient être considérées comme factures originales. A cette date, les prétentions de l'assurée étaient déjà prescrites. Le Tribunal de céans constate toutefois que la caisse-maladie a, dès réception de la demande de remboursement, soit le 15 septembre 2005, fait savoir à l'assurée quels étaient les documents dont elle avait besoin. Elle a dû lui adresser un rappel le 20 janvier 2006. L'assurée n'a par ailleurs confirmé à la caisse-maladie que l'OCPA n'avait pas pris en charge ses factures dont elle lui demandait le remboursement que le 25 janvier 2007. Elle n'a pas non plus transmis dans un délai raisonnable à la caisse- maladie les preuves de paiement demandées ; ce n'est que le 15 mai 2008 qu'elle fait parvenir treize cartes de visite de la Dresse L_____ . Dans ces conditions, vu la lenteur avec laquelle l'assurée elle-même répondait aux différents courriers de la caisse-maladie, et nonobstant l'erreur commise par la

A/2673/2008 - 9/9 - celle-ci dans un premier temps, le Tribunal de céans ne saurait admettre qu'il y ait abus de droit. Aussi le recours doit-il être rejeté.

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