

GE_GERICHTE ATAS/342/2016 vom 2. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_342_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/342/2016 du 2 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/342/2016 del 2 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

a. 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). Dans le domaine de l'assurance couvrant le risque de perte de gain en cas de maladie, les parties peuvent librement choisir, soit de conclure une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal, soit de conclure une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (arrêt du Tribunal fédéral 4A_373/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.1). Selon les conditions générales (ci-après CG) pour l'assurance maladie de la défenderesse, édition 2008, l'assurance est régie par le contrat écrit passé entre le preneur d'assurance et l'assureur, les CG et les conditions complémentaires, ainsi que par la LCA, sauf dispositions contraires. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. S'agissant de la compétence ratione loci, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors 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. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'espèce, l'art. 20 CG prévoit qu'en cas de litige, dans le cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie souscrite par un employeur A/716/2015 - 15/25 - pour ses employés, leur lieu de travail en Suisse est également reconnu comme for juridique. Compte tenu du lieu de travail de la demanderesse, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est également donnée à raison du lieu. c. 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, la demanderesse était couverte 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 à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA; ATF 141 III 112 consid. 4.3). Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse. d. 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 rappelé que le législateur genevois a fait usage de

cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). e. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, 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. La demande du 2 mars 2015 par laquelle la demanderesse sollicite le paiement d'indemnités journalières à compter du 1er octobre 2014 a été déposée dans le délai de deux ans susmentionné. Partant, la présente demande, laquelle répond aux exigences légales et de forme (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit la demanderesse aux indemnités journalières à hauteur de 50% du 1er octobre au 31 décembre 2014 et de 100% du 1er janvier au 20 août 2015, plus particulièrement sur l'existence d'une incapacité totale de travail attestée médicalement durant cette période en raison de ses troubles psychiques.

E. 3

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 chambre de céans 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

A/716/2015 - 16/25 - 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 (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 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 (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; arrêt du Tribunal fédéral 4A_491/2008 du 4 février 2009 consid. 3.1). En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d; ATF 127 III 248 consid. 3a ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 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; 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). Selon l'art. 8 CC, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient

A/716/2015 - 17/25 - qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_525/2010 du 4 janvier 2011 consid. 2.2). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

E. 4

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, 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 que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 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 de l'assuré, 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 nouée (ATF 125 V 351 consid. 3; arrêt du tribunal fédéral 4A_481/2014 du 20 février 2015 consid. 2.4.1); cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

E. 5

a. Selon la police d'assurance T461164448, la couverture d'assurance perte de gain maladie conclue par l'employeur et la défenderesse prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire assuré durant 730 jours, après un délai d'attente de 90 jours. b. En vertu de l'art. 3 ch. 1 CG, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un

A/716/2015 - 18/25 - examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'incapacité de travail est définie à l'art. 3 ch. 4 CG comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. D'après l'art. 8 ch. 1 let. c CG, la couverture d'assurance de chaque assuré prend fin, pour toutes les prestations assurées pour lui, à la cessation des rapports de travail. L'art. 9 ch. 2 let. a CG mentionne que dans les cas relevant de l'art. 8 let. c, la Société ne verse l'indemnité journalière que pour les maladies provoquant une incapacité de travail lors de l'expiration de la couverture d'assurance et pour autant qu'il n'existe pas d'autre motif d'expiration selon l'art. 8 let. b, d à g et i.

E. 6

En l'occurrence, la demanderesse conteste les conclusions des rapports médicaux établis par les médecins de la Clinique Corela et soutient que son incapacité de travail demeure totale, comme en attestent les médecins qui la traitent.

E. 7

Il convient dès lors d'examiner en premier lieu la valeur probante des rapports du Dr H_____ du 25 juillet 2014 et du Dr K_____ du 3 décembre 2014.

E. 8

a. La chambre de céans constate que le rapport du Dr H_____ n'a manifestement pas été rendu en pleine connaissance de l'anamnèse et sur la base d'un dossier complet. En effet, ce document se réfère uniquement au rapport médical initial de la Dresse D_____ du 25 février 2014 et à celui des Dresses F_____ et G_____ du

E. 11

Par conséquent, au vu des derniers rapports médicaux du Dr J_____, la demanderesse a établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle souffre de troubles psychiques incapacitants qui perdurent depuis le 1er octobre 2014, de sorte qu'elle a droit à la poursuite du versement des indemnités journalières. La demanderesse les réclame jusqu'au 31 août 2015. Toutefois, elle n'a pas produit de certificat médical attestant d'une incapacité de travail pour la période postérieure au 30 juin 2015. On ne saurait déduire du dernier rapport du Dr J_____, lequel

A/716/2015 - 23/25 - confirme la persistance de l'incapacité de travail, qu'elle se prolonge jusqu'au 31 août 2015.

E. 12

Partant, la demanderesse a droit aux indemnités journalières du 1er octobre 2014 au 30 juin 2015, soit un montant de CHF 10'818.30 (CHF 235.18 x 50% x 92 jours) pour la période du 1er octobre au 31 décembre 2014 et de CHF 42'567.60 (CHF 235.18 x 100% x 181 jours) pour la période du 1er janvier au 30 juin 2015, soit un total de CHF 53'385.90.

E. 13

Enfin, le demandeur conclut au versement d'un intérêt moratoire de 5% dès le

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). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). La demanderesse, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte que la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 7'500.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à

A/716/2015 - 24/25 - 26 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]; art. 84 et 85 du RTFMC), au vu de la valeur litigieuse. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/716/2015 - 25/25 - 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.