

GE_GERICHTE ATAS/412/2022 vom 29. April 2022

GE Cour de justice, 2022-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_412_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/412/2022 du 29 avril 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/412/2022 del 29 aprile 2022

Erwägungen

E. 1

La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, statuant en instance unique (art. 7 du Code de procédure civile, du 19 décembre 2008 – CPC), est compétente à raison du lieu (art. 10, al. 1, lettre a CPC) et de la matière (art. 134, al. 1, lettre c LOJ) pour statuer sur les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale.

E. 2

Ces litiges sont instruits selon les règles du CPC, indépendamment de la valeur litigieuse, en procédure simplifiée (art. 243, al. 2, lettre f CPC). Les faits sont établis d'office (art. 247 al. 2, let. a CPC).

E. 3

Les conditions générales d'assurance (CGA) pour l'assurance de personnes ZURICH TECTA, police 14.462.348 (assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA pour le personnel non soumis à la LAA), fournies tant par le demandeur que par le Groupement patronal et dont le numéro de police est concordant avec toutes les écritures (même si la défenderesse conteste l'applicabilité de l'assurance au demandeur, question qui sera reprise ci-dessous) prévoient, à l'art. 40 que les dispositions suivantes constituaient les bases du contrat : [1] les dispositions figurant dans la police, les conditions contractuelles et les avenants éventuels ; [2] les déclarations écrites que le proposant ou les personnes assurées remettaient dans la proposition et dans d'autres écrits. Pour le surplus, la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1) était applicable.

E. 4

Le Groupement patronal et ses entreprises membres (en tant que preneurs d'assurance) et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la personne assurée 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 ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 3a).

E. 5

La défenderesse conteste cependant que le demandeur était visé par la police d'assurance concernée. Il y sera revenu ci-dessous.

Limitation de la procédure

E. 6

Pour simplifier le procès, le tribunal peut notamment limiter la procédure à des questions ou des conclusions déterminées (art. 125, lettre a CPC).

A/2054/2020 - 25/32 -

E. 7

Par ordonnance du 28 mai 2021, la Chambre des assurances sociales a limité l'instruction de la cause à la question de savoir si le demandeur est une personne assurée par une prestation d'assurance proposée par la défenderesse. Mesures d'instruction

E. 8

La défenderesse considère que le demandeur n'a pas prouvé l'application de l'assurance.

E. 9

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, 424 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, 238 consid. 4a ; ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 3.1 ; ATAS/668/2020 du 18 août 2020, consid. 4).

E. 10

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.441/2006 du 23 mars 2007 ; consid. 4.3.1 ; 4C.140/2006 du 14 août 2006, consid. 3.1 ; 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 139 III 7, 9-10 consid. 2.2 ; ATF 130 III 321, 323 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18, 24 consid. 2.6). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219, 223 consid. 3c ; ATF 119 III 60, 63 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 129 III 18, 25 consid. 2.6 ; ATF 121 V 150, 154 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219, 223 consid. 3c ; ATF 119 III 60, 63 consid. 2c). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il 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 137 III 268, 282 consid. 3 ; ATF 132 III 626, 634 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 ;

ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 3.1 ; ATAS/668/2020 du 18 août 2020, consid. 4 ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 9).

E. 11

En l'espèce, après avoir donné la possibilité aux parties de s'exprimer (et elles en ont fait usage), la Chambre de céans a requis des renseignements écrits auprès du

A/2054/2020 - 26/32 - Groupement patronal et de la Caisse cantonale de compensation. De plus, deux audiences d'interrogatoires des parties ont eu lieu.

L'entreprise L_____ n'a pas répondu aux questions posées. Les pièces fournies par les parties et les réponses du Groupement patronal et de la Caisse cantonale de compensation, ainsi que les pièces produites par eux, permettent cependant à la Chambre de céans de statuer sur la question. L'absence de réponses de l'entreprise L_____ sur les horaires et lieux de travail du demandeur n'est pas décisive, s'agissant de l'applicabilité ou non de la police d'assurance de la défenderesse au demandeur. Fond

E. 12

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 5.1 ; ATAS/761/2017 du 5 septembre 2017, consid. 17). La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410, 413 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675, 681 consid. 3.3 ; ATAS/761/2017 du 5 septembre 2017, consid. 17). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675, 681-682 consid. 3.3; ATF 122 III 118, 121 consid. 2a ; ATAS/761/2017 du 5 septembre 2017, consid. 17).

E. 13

La validité des conditions générales d'affaires préformées doit être limitée par la règle dite de l'inhabituel, ou de l'insolite (Ungewöhnlichkeitsregel), en vertu de laquelle sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (ATF 135 III 1, 7 consid. 2.1 ; ATF 119 II 443, 445-446 consid. 1a ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 4c). Pour qu'une clause soit considérée comme insolite, il ne suffit pas que le contractant soit

inexpérimenté dans la branche économique en question; il faut en plus de ce critère subjectif que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 135 III 1, 7 consid. 2.1 ;

A/2054/2020 - 27/32 - ATF 119 II 443, 446 consid. 1a; ATF 109 II 452, 458 consid. 5b ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 4c).

E. 14

Les questions qui se posent sont de savoir si : a) le contrat d'assurance 14.462.348 s'applique à la situation du demandeur, ce qui implique : a. l'existence d'un contrat de travail (contestée par la défenderesse) ; b. la clarification de la question de son applicabilité uniquement au personnel non soumis à la LAA (cf art. 1 CGA) ; c. la mention du demandeur sur la liste du preneur d'assurance (cf art. 2 CGA) b) alternativement, un autre contrat d'assurance s'applique à la situation du demandeur.

E. 15

En prenant les questions dans l'ordre inverse, on constate tout d'abord qu'il ressort des déclarations concordantes de la défenderesse et du Groupement patronal que la police d'assurance 14.462.348 est la seule qui peut fonder des prétentions du demandeur. Seule cette police doit donc être examinée.

E. 16

Il est également constaté que le demandeur (né en 1985) figure dans le décompte d'assurance maladie de la Caisse de compensation du GGE (pièce 2 Groupement), avec un salaire brut de CHF 8'523.40, étant rappelé que la défenderesse ne dispose pas d'une liste nominative des personnes assurées. A contrario, la mention du demandeur sur la liste du tiers neutre (Groupement patronal) est un indice très fort de sa couverture par l'assurance litigieuse.

La récapitulation par collaborateur comprend une fiche (pièce 3, page 2 Groupement) concernant le demandeur, dont la date de naissance (13 janvier 1985) correspond à celle du demandeur; cette fiche récapitulative mentionne un salaire brut de CHF 3'262.- en mars 2018, CHF 4'213.- en avril 2018, CHF 600.- en mai 2018 et CHF 655.40 en décembre 2018 (13ème salaire). Le salaire payé est de CHF 2'564.65 pour mars 2018, CHF 3'365.20 pour avril 2018, de CHF 324.60 pour avril 2018 et de CHF 536.- pour décembre 2018. Il y a aussi des contributions au 2ème pilier décomptées entre juin et novembre. Le total annuel de CHF 8'523.40 correspond à celui du décompte (pièce 2 Groupement).

Le montant du salaire brut (CHF 3'262.-) et net (CHF 2'564.65) pour mars 2018 de la récapitulation par collaborateur (pièce 3, page 2 Groupement) correspond aux chiffres sur le décompte salaire fourni par le demandeur (pièce 19, p. 1 dem.). Le montant de CHF 2'564.65 figure aussi, à la date du 5 avril 2018, sur le relevé CREDIT SUISSE fourni par le demandeur (pièce 28 dem.).

Le montant du salaire brut (CHF 4'213.-) et net (CHF 3'365.20) pour avril 2018 de la récapitulation par collaborateur (pièce 3, page 2 Groupement) correspond aux chiffres sur le décompte salaire fourni par le demandeur (pièce 19, p. 2 dem.). Le montant de CHF 3'365.20 figure aussi, à la date du 11 mai 2018, sur le relevé CREDIT SUISSE fourni par le demandeur (pièce 28 dem.). Même si l'entreprise L_____ n'a pas répondu aux questions de la Chambre de céans s'agissant du relevé des heures, avec lieu de l'intervention, il résulte

d'informations concordantes provenant de 3 sources différentes (relevé bancaire, A/2054/2020 - 28/32 - bulletin de salaire, décompte de prestations) que le demandeur a perçu un salaire (après déductions sociales) pour les mois de mars et avril 2018.

La requête de rectification du procès-verbal du 30 avril 2021 n'a donc même pas d'importance, puisque les pièces confirment ce que la défenderesse avait admis, avant de le contester quelques jours plus tard.

L'existence d'un contrat de travail et la mention du demandeur sur la liste du preneur d'assurance (art. 2 CGA) sont donc acquises.

E. 17

Il résulte aussi de l'avenant du 23 décembre 2016 à la police d'assurance no 14.462.348 que l'ensemble du personnel d'exploitation de l'entreprise L_____ est assuré pour des indemnités journalières pour le risque "maladie", avec comme prestations "80% du salaire", après un délai d'attente de 2 jours (pièce 1 Groupement). Même si le document mentionne que "cet avenant fait partie intégrante du contrat-cadre, les autres conditions demeurent inchangées", rien n'est mentionné sur le fait que cela ne viserait que le personnel non assuré à la LAA. Bien au contraire, le document mentionne "l'ensemble du personnel d'exploitation", cette mention étant au surplus soulignée.

E. 18

Il faut aussi tenir compte du fait que c'est la défenderesse qui a fourni le contrat d'assurance 14.462.348 et qui a – avant de s'interrompre – versé 264 indemnités journalières de CHF 141.70 chacune, soit un total de CHF 37'408.80, pour la période du 24 octobre 2018 au 14 juillet 2019, pour une incapacité de travail de 100%.

E. 19

Le 17 juin 2021, la Chambre des assurances a posé la question no 3 suivante au Groupement patronal: "3. Quel était en 2018 l'étendue du cercle des personnes assurées (tout le personnel ou uniquement le personnel non soumis à la LAA) auprès de ZURICH ASSURANCE, quel que soit le numéro de la police d'assurance ?". Le 28 juin 2021, le Groupement patronal a répondu: "3. En 2018, tout le personnel de l'entreprise L_____ était assuré par la police d'assurance 1_____ avec la Zurich Assurance. Nous vous remettons copie du récapitulatif nominatif pour 2018 ("décompte assurance maladie")".

Il résulte donc de la position du Groupement patronal et de ses annexes que l'entreprise L_____ et le demandeur étaient assurées par la police 1_____.

E. 20

Ce constat objectif se heurte cependant au texte clair des conditions générales de la police 14.462.348, qui prévoit que cette assurance ne vise que le "personnel non soumis à la LAA". Il y a donc une contradiction entre les différents documents qu'il convient de résoudre. En premier lieu, dès lors que le demandeur se prétend certes assuré, mais n'a pas signé lui-même de contrat avec la défenderesse, on ne peut pas reprocher au demandeur de ne pas avoir lu les conditions générales ou de se considérer comme lié par un contrat qui ne le lierait pas. Ainsi, le comportement du demandeur est sans influence sur l'effectivité de la conclusion du contrat. En deuxième lieu, on peut se demander pourquoi le Groupement patronal conclurait une assurance complémentaire maladie avec une prime annuelle de CHF 495'624.-, si l'essentiel du personnel devait être exclu. De même, la question se pose

pourquoi l'entreprise L_____ aurait versé en 2018 une prime de CHF

A/2054/2020 - 29/32 - 10'135.90 sur une masse salariale totale de CHF 217'978.90, si ladite assurance ne devait pas s'appliquer. On peine donc à comprendre la pertinence d'une telle assurance. Il est probable que la clause "non soumis à la LAA" résulte initialement d'une erreur de plume; elle ne peut cependant pas être reprochée au preneur d'assurance, et en tout cas pas au demandeur. D'ailleurs, la défenderesse elle-même avait commencé à verser des prestations au demandeur, ne remettant celles-ci en cause qu'en raison de la durée de sa maladie.

En troisième lieu, il faut considérer que l'art. 1 CGA est une clause insolite. En effet, une telle limitation du champ d'application de la police (même si le titre sur la même page mentionne effectivement le personnel non assuré LAA et que cela figure aussi en page 6 "primes") ne concorde pas avec les autres éléments de la police, qu'il s'agisse de la page de titre, de l'"information client" (p. 1), des informations sur le contrat (p. 3), de l'aperçu des primes et du groupe de personnes ("l'ensemble du personnel ayant choisi un délai d'attente de 2 jours") (p. 4) ou des prestations (p. 5). Le preneur d'assurance n'a aucun intérêt pratique à conclure une assurance avec un champ d'application aussi limité, d'autant plus qu'il n'y a pas d'autres assurances. Une assurance pour le "personnel non assuré LAA" aurait un sens s'il y avait simultanément une assurance pour le "personnel assuré LAA".

E. 21

En reprenant les trois questions ci-dessus, la Chambre de céans admet qu'il y a eu un contrat de travail entre le demandeur et l'entreprise L_____, en particulier en raison de l'existence du document "papier" contrat de travail, des bulletins de salaire confirmés par le décompte bancaire, de l'annonce de l'activité à la Caisse cantonale de compensation et par la mention du demandeur sur la liste du Groupement patronal.

Le champ d'application personnel du contrat d'assurance a été tranché ci-dessus, n'étant pas limité aux personnes non assurées à la LAA.

La mention du demandeur sur la liste du preneur d'assurance est également donnée, selon les documents fournis par le Groupement patronal.

E. 22

Vu ce qui précède, il en résulte donc que le demandeur est soumis au contrat d'assurance 14.462.348. La procédure se poursuivra par des mesures d'instruction faisant l'objet d'une ordonnance de preuves séparée. Frais et dépens

E. 23

Il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 114, lettre e CPC).

E. 24

Il n'est pas prélevé de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la charge de l'assuré, dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, y compris celles servies par les entreprises d'assurance soumises à la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurances, du 17 décembre 2004 (art. 22, al. 3, lettre b LaCC).

E. 25

Le sort des frais sera traité dans la décision finale.

A/2054/2020 - 30/32 - Voie de droit

E. 26

Dès lors que la Chambre de céans a limité la procédure à la question de savoir si le demandeur est une personne assurée par une prestation d'assurance proposée par la défenderesse et que la réponse est affirmative, il convient encore de déterminer si la présente décision est une décision partielle au sens de l'art. 91 LTF ou une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF.

E. 27

Selon la jurisprudence, la décision partielle statue définitivement sur une partie de ce qui est demandé, alors que cette partie aurait pu donner lieu à un procès séparé et qu'il n'y a pas de risque de contradiction avec ce qui reste à juger (BERNARD CORBOZ, in Commentaire de la LTF, 2e éd. 2014, n° 10a ad art. 91 LTF; ATF 141 III 395 consid. 2.2 et 2.4; 135 III 212 consid. 1.2.1 à 1.2.3; arrêts 5A_129/2020 du 13 juillet 2021, consid. 1.2.2 ; 4A_558/2020 du 18 mai 2021 consid. 1.1; 4A_257/2018 du 24 octobre 2018 consid. 1.3.1).

E. 28

Selon l'arrêt TF 4A_142/2014 du 2 octobre 2014, consid. 2: "L'art. 125 let. a CPC habilite le tribunal ou le juge instructeur à limiter la procédure à des questions ou à des conclusions déterminées, cela notamment dans la perspective de régler séparément certaines des prétentions en cause, par une décision partielle, ou de régler séparément certaines questions de fait ou de droit par une décision incidente selon l'art. 237 CPC (Nina Frei, in Commentaire bernois, n° 3 ad art. 125 CPC; Julia Gschwend et Remo Bornatico, in Commentaire bâlois, nos 7 et 8 ad art. 125 CPC). Le juge instructeur a ainsi la faculté de limiter la procédure; même si les parties l'en requièrent et sous réserve d'un abus de son pouvoir d'appréciation, il n'en a aucunement l'obligation. En particulier, l'art. 125 CPC n'exclut pas que le tribunal rende une décision partielle, relative à certaines prétentions, ou incidente, relative à certaines questions de fait ou de droit, alors même que la procédure n'a pas été préalablement ni formellement limitée. L'art. 133 let. e CPC n'impose pas non plus d'annoncer l'éventualité d'une décision partielle ou incidente dans la citation aux débats".

E. 29

Selon des anciennes définitions relevant de l'OJ (ATF 132 III 785, 789 consid. 2) :

- Une décision est préjudicielle ou incidente au sens de l'art. 50 al. 1 OJ lorsque, sans mettre fin au procès, la juridiction cantonale tranche définitivement le sort d'une condition de fond ou de procédure préliminaire à la décision finale, que ce soit expressément dans le dispositif ou en renvoyant la cause à l'instance précédente pour nouvelle décision dans le sens des considérants (ATF 127 III 433 consid. 1b/bb; ATF 105 II 218 consid. 1a; JEAN-FRANÇOIS POUURET, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. II, n. 2.1.1 in fine ad art. 50 OJ, p. 344 s.).

- Une décision partielle est celle qui statue, de manière finale, sur un ou plusieurs chefs d'une demande, mais renvoie l'examen d'un ou plusieurs autres à une décision ultérieure (ATF 124 III 406 consid. 1a). Selon une autre définition, la décision partielle proprement dite est celle qui statue sur une partie quantitativement limitée de la prétention litigieuse ou

sur l'une des prétentions en cause - en cas de cumul objectif ou subjectif d'actions ou lorsqu'une demande reconventionnelle a été formée (arrêt 4C.314/2003 du 9

A/2054/2020 - 31/32 - mars 2004, consid. 2.2; cf. également arrêt 4C.122/2001 du 15 mai 2001, consid. 2a).

E. 30

En l'occurrence, la présente décision concerne l'examen de la condition du champ d'application de l'assurance qui ne porte pas sur une prétention séparée. La présente décision est donc une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF.

A/2054/2020 - 32/32 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

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