

## **GE\_GERICHTE ATAS/512/2012 vom 17. April 2012**

GE Cour de justice, 2012-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_512\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_512_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/512/2012 du 17 avril 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/512/2012 del 17 aprile 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

Invité à se déterminer, l'assureur perte de gain maladie conclut, dans sa réponse du 3 juin 2011, au rejet de la demande en paiement. Il considère, eu égard au rapport du Dr A\_\_\_\_\_, que l'incapacité de travail du demandeur dès le 14 février 2009 est en relation avec l'accident survenu le 26 novembre 2006 et non avec l'événement non accidentel du 30 janvier 2009. Partant, attendu qu'il n'indemnisait que la perte de gain survenue suite à une maladie (art. 2 et 3 CGA), il était en droit de refuser de verser de plus amples prestations et pourrait solliciter du demandeur la restitution du trop versé.

#### **E. 25**

Par réplique du 30 juin 2011, le recourant soutient qu'il n'est pas envisageable que ni l'assureur-accidents ni l'assureur perte de gain ne soit tenu de lui servir des prestations. En effet, le fait que l'assureur-accidents le renvoie auprès de l'institution espagnole qui a couvert l'accident de 2006 constitue, d'après lui, une discrimination prosaite par l'art. 3 du Règlement (CEE) no 1408/71. De plus, il se prévaut également de l'art. 35 al. 3 dudit Règlement, lequel concerne les affections préexistantes.

#### **E. 26**

Par duplique du 20 juillet 2011, l'assureur perte de gain persiste dans ses conclusions. Il invoque que le Règlement (CEE) no 1408/71 n'est pas applicable dans ses relations avec le demandeur, celles-ci étant uniquement régies par le contrat soumis à la LCA. Il n'existe qui plus est aucune obligation de prêter du fait que l'assureur-accidents n'intervient pas.

#### **E. 27**

Sur requête de la Cour de céans, le Dr B\_\_\_\_\_ déclare, dans un rapport du 20 janvier 2012, que le recourant a été vu pour la première fois à l'Unité de chirurgie de la main le 28 juillet 2008. Actuellement, il rapporte des douleurs persistantes depuis l'intervention chirurgicale, lesquelles étaient déjà présentes avant celle-ci, eu égard à la radio-ulnaire distale. Les douleurs sont de caractère mécanique, se manifestent une à deux fois par jour et sont liées aux efforts prolongés. Le diagnostic est celui de cal vicieux rotatoire du radius gauche entraînant des douleurs à la radio-ulnaire distale après une fracture du radius gauche en 2006. D'après le médecin, l'accident du 26 novembre 2006 a provoqué de manière certaine les atteintes présentes le 30 janvier 2009 et cela a toujours été clair. Par ailleurs, il constate que le scanner de contrôle du 4 septembre 2009 met en

A/1353/2011 - 7/11 - évidence un trait de fracture encore visible attestant d'une non-consolidation du radius, ce qui explique qu'une capacité de travail de 100% n'a été retenue que dès le 2 mars 2010, étant précisé que la radiographie de contrôle du 2 décembre 2011 montre que le foyer d'ostéotomie est complètement consolidé. Les limitations

fonctionnelles du recourant concernent essentiellement le port de charges de la main gauche et les efforts prolongés de caractère mécanique.

#### **E. 28**

Par écriture du 17 février 2012, l'assureur perte de gain maintient ses conclusions. En effet, les périodes d'incapacité de travail du recourant sont en relation avec l'accident du 26 novembre 2006. Or, attendu que seule la perte de gain en cas de maladie était assurée par l'intermédiaire de l'employeur, et non le risque accident, l'assureur perte de gain n'indemnise pas la perte de gain pour les suites d'un accident. Le recourant l'a d'ailleurs expressément admis dans son courrier du 1er mars 2011 (recte 2010).

#### **E. 29**

Par acte du 22 février 2012, le recourant persiste dans ses conclusions, en précisant, requérir à titre principal, des prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'accident du 26 novembre 2006, et en particulier des indemnités journalières du 1er septembre 2009 au 2 mars 2010, et à titre subsidiaire, réclamer à l'assureur perte de gain une indemnité journalière de 101 fr. du 1er septembre 2009 au 2 mars 2010, soit un montant total de 18'483 francs. Il admet que ses séquelles, soit ses douleurs et sa perte de mobilité, sont consécutives à l'accident intervenu en 2006 et soutient qu'il a indiscutablement présenté une incapacité de travail du 1er septembre 2009 au 2 mars 2010. Par ailleurs, il invoque que d'après les art. 3 et 13 al. 2 let. a du Règlement (CEE) 1408/71, la législation applicable en matière de sécurité sociale est déterminée par le lieu de l'activité lucrative et non par le lieu de l'accident. Dès lors, dans la mesure où il exerce une activité lucrative en Suisse et qu'il est couvert pour les accidents par un assureur-accidents suisse, celui-ci doit également intervenir pour l'accident survenu en Espagne. Il ajoute qu'à supposer qu'un Suisse ait subi un accident en 2006 en Espagne alors qu'il était assuré en Suisse, il aurait droit aujourd'hui aux prestations de l'assurance-accidents. Il ne peut ainsi en aller différemment pour lui, attendu que la résidence en Suisse n'est pas exigée par le Règlement (CEE) no 1408/71.

#### **E. 30**

En date du 16 mars 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause serait gardée à juger le 30 mars 2012.

EN DROIT 1. D'après la police d'assurance-maladie collective indemnité journalière datée du 4 octobre 2005, l'art. 1 let. b des Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA de la SWICA, édition

A/1353/2011 - 8/11 - 2005 (ci-après CGA) et l'art. 13 des Conditions particulières d'assurance pour la restauration et l'hôtellerie de la SWICA, édition 2005 (ci-après CPA), l'assurance en cause dans le présent litige est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1). 2. a) L'art. 90 des CGA prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent choisir le for ordinaire ou celui de son domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein. Les élections de for sont admissibles en vertu de l'art. 17 du Code de procédure civile, du 19 décembre 2008 et entré en vigueur le 1er janvier 2011 (CPC ; RS 272), par renvoi de l'art. 46a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1), même si cet article n'a pas été modifié en conséquence. Dans la mesure où le demandeur est domicilié dans le canton de Genève, les tribunaux genevois sont compétents à raison du lieu. b) Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008

(CPC ; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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 LCA. La compétence à raison de la matière de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. c) A raison de la forme, la demande en paiement, qui comporte un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (130 et 244 CPC). Une demande portant sur les assurances-maladie complémentaires, comme en l'espèce, n'est pas soumise à une tentative de conciliation (cf. ATAS/577/2011 du

### **E. 31**

mai 2011). Enfin, la procédure simplifiée est applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (247 al. 2 let. a CPC). 3. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du 1er septembre 2009 au 2 mars 2010, d'un montant total de 18'483 francs. La valeur litigieuse est ainsi de 18'483 francs. 4. a) 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

A/1353/2011 - 9/11 - principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). 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 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). 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 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a). b) En l'espèce, la police d'assurance-maladie collective indemnité journalière conclue entre la SWICA et l'ancien employeur du demandeur prévoit, pour l'ensemble du personnel, une indemnité journalière en cas de maladie couvrant le 80% du salaire, pendant 720 jours, après un délai d'attente de 14 jours. La police d'assurance fait référence aux CGA et aux CPA de la SWICA. Au terme des CGA, la couverture d'assurance est destinée à protéger l'assuré des conséquences économiques de la maladie et de la maternité dans le cadre des prestations convenues (art. 2). Est considérée comme une maladie toute atteinte à la santé physique ou psychique non consécutive à un accident exigeant un examen ou un traitement médical ou entraînant une incapacité de travailler (art. 3). Sont assurés les personnes, ou groupes de personnes, définies dans le contrat qui travaillent dans l'entreprise assurée et n'ont pas encore accompli leur 70e année (art. 5 1ère phrase). Pour autant qu'une assurance complémentaire contre les accidents ait été convenue, la SWICA garantit aussi une couverture d'assurance contre les conséquences

économiques d'accidents (art. 85). Sont assurés les accidents professionnels, les lésions corporelles assimilables à des accidents, les maladies professionnelles et les accidents non professionnels survenus, respectivement causés pendant la durée contractuelle de la présente assurance complémentaire. La notion d'accident, de lésion corporelle assimilable à un accident et de maladie professionnelle, telles qu'elles sont déterminantes pour la loi

A/1353/2011 - 10/11 - fédérale sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA), sont applicables (art. 86). La couverture d'assurance de chaque assuré commence le jour où entre en vigueur le contrat de travail qui le lie à l'entreprise assurée (art. 38 1ère phrase). D'après l'art. 4 CPA, le personnel était assuré par une assurance indemnité journalière maladie selon la LCA, en cas de maladie et de maternité pendant 10 semaines. 5. En l'occurrence, il résulte clairement de la police d'assurance collective du 4 octobre 2005 que le demandeur était assuré contre le risque maladie et non contre le risque accident. C'est d'ailleurs également ce que prévoit la police d'assurance du 17 août 2009 conclue directement entre le demandeur et l'assureur perte de gain. Or, le Dr B\_\_\_\_\_ retient, dans son rapport du 20 janvier 2012, que le diagnostic est celui de cal vicieux rotatoire du radius gauche entraînant des douleurs à la radio-ulnaire distale après une fracture du radius gauche en 2006, que c'est l'accident du 26 novembre 2006 qui a provoqué de manière certaine les atteintes présentes le 30 janvier 2009 et que cela a toujours été clair. Partant, dans la mesure où le demandeur n'est pas assuré pour la perte de gain dans l'hypothèse où ses atteintes sont de nature accidentelle, il n'a pas droit à des indemnités journalières de l'assureur perte de gain, étant rappelé que celui-ci a toutefois versé des indemnités journalières du 14 février au 31 août 2009 alors même qu'il n'y était pas tenu. Pour le surplus, même dans l'hypothèse où une assurance complémentaire accidents avait été conclue, le demandeur ne serait pas couvert contre les conséquences de l'accident de novembre 2006, attendu que cet accident est survenu avant qu'il n'ait entrepris, en date du 4 décembre 2008, une activité lucrative auprès de son ancien employeur (art. 38 et 86 CGA). 6. La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/1353/2011 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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