

GE_GERICHTE ATAS/761/2017 vom 5. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_761_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/761/2017 du 5 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/761/2017 del 5 settembre 2017

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du

E. 2

En l'occurrence, selon la police d'assurance n° _____ conclue entre la défenderesse et l'employeur de la demanderesse, B _____ AG (preneur d'assurance), le contrat est soumis à la LCA. Il est en outre régi par les "Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA", Edition 1998 (ci-après: CGC).

E. 3

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 4

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 code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), 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.

E. 5

L'art. 81 des CGC prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein. L'art. 40 CGC précise en outre que les frontaliers sont assimilés aux assurés résidant en Suisse, pour autant qu'il soit aux environs immédiats de la frontière, ce qui est le cas de la demanderesse, qui travaillait dans une succursale genevoise de B _____, de sorte que la Chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

A/4/2017 - 10/21 -

E. 6

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. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance.

E. 7

Partant, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance souscrite par son employeur, la demanderesse est fondée à agir à l'encontre de la défenderesse. Sa demande a en outre été déposée dans le délai de deux ans susmentionné. La demanderesse possède ainsi la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

E. 8

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. 9

Pour le surplus, la demande en paiement du 3 janvier 2017 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable.

E. 10

L'objet du présent litige doit s'examiner en fonction des conclusions de la demanderesse. Dans le cas particulier la demanderesse conclut au fond à la condamnation de SWICA à lui verser la somme de CHF 24'000.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 2 janvier 2017, correspondant aux indemnités pour perte de gain des mois d'août à décembre 2016, ainsi qu'à la prise en charge par le défendeur de ces indemnités pour le futur, tant qu'elle serait en incapacité de travailler, ceci jusqu'à concurrence de la durée prévue contractuellement. Cela revient à examiner le bien-fondé du refus de la défenderesse de verser des prestations d'assurances au-delà du 31 juillet 2016. Par ailleurs la défenderesse a conclu reconventionnellement à la condamnation de la demanderesse au remboursement de la somme de CHF 300.- pour le remboursement des honoraires facturés par le Dr D_____ pour le défaut de la demanderesse à l'examen médical initialement fixé en janvier 2016.

E. 11

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) ; la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

E. 12

Selon l'art. 58 CPC le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse (al.1). Les dispositions prévoyant que le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties sont réservées (al.2).

A/4/2017 - 11/21 - L'art. 58 CPC concrétise le principe de disposition, autrement dit, sauf exceptions expressément prévues par la loi, le tribunal est lié par les conclusions des parties.

Une exception existe dans le cas de la procédure applicable aux enfants dans les affaires de droit de la famille (art. 296 al. 3 CPC) ; une exception improprement dite se trouve à l'art. 265 al. 3 CPC qui permet aux juges, lors de mesures superprovisionnelles, d'exiger des sûretés de la part du demandeur ; une autre exception se trouve dans la loi sur la responsabilité civile en matière nucléaire. (David HOFMANN et Christian LUSCHER Le code de procédure civile, Stämpfli Editions SA Berne 2009 p.31).

E. 13

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 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 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). 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 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le

A/4/2017 - 12/21 - 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).

E. 14

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont

également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). 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). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

E. 15

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

A/4/2017 - 13/21 - pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (ATF non publié 4A_5/2011 du 24 mars 2011, consid. 4.2). 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 qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit 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, 122 V 157 consid. 1c et les références ;

ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). b) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/167/2008).

E. 16

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10

A/4/2017 - 14/21 - p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, et pour les raisons qui vont suivre, la question peut rester indécise de savoir si, pour la période antérieure au 31 juillet 2016, l'appréciation du médecin mandaté par la défenderesse doit prévaloir à celle de la psychiatre traitante de la demanderesse.

E. 17

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/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 inexacts 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).

E. 18

En l'espèce, la demanderesse a été assurée dès 2010 selon la police d'assurance collective indemnité journalière maladie selon la LCA, conclue entre son employeur, B _____, et la défenderesse, et renouvelée périodiquement, qui prévoit une indemnité journalière couvrant le 100% du salaire du 1er au 90ème jour, puis 90% du salaire assuré, la durée des prestations par cas étant de 730 jours. Il y est précisé que sont applicables à ce contrat les conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA édition 1998, ce que la demanderesse ne conteste pas (PV de CP du 29 mai 2016 p.1). L'art. 12 CGC dispose qu'en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, [l'assureur verse] l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Conformément à l'art. 13 CGC, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail.

A/4/2017 - 15/21 - L'art. 16 CGC précise qu'on entend par incapacité de travail l'incapacité partielle ou totale de l'assuré à exercer sa profession et toute autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui. Aux termes de l'art. 20 CGC, l'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. L'art. 22 CGC précise que les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations. En vertu de l'art. 23 CGC, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui [...] incombe [à l'assureur] de verser des prestations s'éteint. Un éventuel passage à l'assurance individuelle reste réservé. Selon l'art. 39 CGC, la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré : - lors de son départ de l'entreprise assurée, - à l'extinction du contrat, - lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans, - en cas de séjour hors de Suisse et de la principauté du Liechtenstein, après douze mois, - à l'épuisement du droit aux prestations. Selon l'art. 40 CGC, en cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré domicilié en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein a le droit de passer dans l'assurance individuelle. Il doit pour cela faire valoir son droit de passage par écrit dans les 90 jours. Cette disposition ne s'applique également aux personnes au chômage au sens de l'art. 10 LACI. Les frontaliers sont assimilés aux assurés résidents en Suisse, pour autant qu'il soit domicilié aux environs immédiats de la frontière. Aux termes de l'art. 41 CGC, le preneur d'assurance est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le droit de passage dans l'assurance individuelle et le délai à observer. L'art. 42 CGC précise que l'assurance individuelle prend effet un jour après la sortie du cercle des personnes assurées ou après l'extinction du présent contrat.

E. 19

mai 2008, consid. 2.2). La Cour de céans a du reste déjà admis qu'aux termes des CGA de la défenderesse, l'assuré qui ne fait plus partie du cercle des bénéficiaires et n'a pas sollicité son passage dans l'assurance individuelle ne saurait prétendre à des indemnités journalières en cas de maladie (ATAS/1203/2011 du 6 décembre 2011, consid. 4). Il en découle que l'assurée n'avait pas droit aux prestations au-delà du 31 juillet 2016, date à laquelle le contrat de travail et la couverture d'assurance ont pris fin.

E. 20

Il convient à présent d'examiner si l'assurée a droit aux prestations en vertu de l'assurance individuelle, compte tenu de la violation du devoir d'information qu'elle

A/4/2017 - 17/21 - reproche à l'assureur, respectivement à son employeur, estimant pouvoir opposer cette violation à l'assureur. Le devoir d'information de l'assureur est réglé à l'art. 3 LCA. Selon le troisième alinéa de cette disposition, lorsque le contrat d'assurance est un contrat collectif conférant un droit direct aux prestations à des personnes autres que le preneur d'assurance, celui-ci est tenu de renseigner ces personnes sur les principaux éléments, les modifications et la dissolution du contrat. L'assureur met à la disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires à cette fin. L'art. 331 al. 4 du code des obligations (CO ; RS 220) précise que l'employeur donne au travailleur les renseignements nécessaires sur ses droits envers une institution de prévoyance professionnelle ou en faveur du personnel ou envers un assureur. Si l'employeur enfreint cette obligation, il est tenu de réparer le dommage en découlant (à titre d'exemple, cf. ATF non publié 4A_186/2010 du 3 juin 2010). Les CGC ne dérogent pas à la loi sur ce point puisque l'art. 41 impose au preneur d'assurance d'informer suffisamment à l'avance les assurés des possibilités de transfert. Certes, dans le domaine des assurances sociales, l'art. 27 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). L'art. 27 LPGA est étroitement lié au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution [Cst; RS 101]). Un renseignement erroné ou l'omission de renseigner l'assuré en violation de l'art. 27 LPGA peuvent, dans certaines circonstances, justifier l'octroi d'un avantage contraire à la loi, en vertu du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi ancré à l'art. 9 Cst. Tel pourra être le cas, par exemple, si un assureur a connaissance du fait que l'assuré s'apprête à adopter un comportement qui pourrait remettre en cause le droit aux prestations et s'abstient de l'en informer en temps utile (ATF non publié 8C_627/2009 du 8 juin 2010, consid. 5.2). Cependant, l'assureur offrant des prestations fondées sur la LCA n'a pas la qualité d'autorité, de sorte que les dispositions de la LPGA ne sont pas applicables (ATF non publié 5C.41/2001 du 3 juillet 2001, consid. 2b/bb; ATAS 1044/2013 consid.6). Il ressort de ce qui précède que c'était au preneur d'assurance – soit, ici, l'employeur de l'assuré – qu'incombait l'obligation d'informer l'assurée de la fin de

A/4/2017 - 18/21 - la couverture d'assurance et de la possibilité de solliciter son transfert et non à l'assureur, qui n'avait, quant à lui, pas de devoir d'information à l'égard de l'assurée. Le fait que la demanderesse ait interpellé l'employeur, en vain, par échanges de courriels après réception de sa lettre de congé et rende vraisemblable que ce dernier n'ait pas donné suite à sa demande de renseignements au sujet de ses droits n'y change rien, de sorte que la chambre de céans renoncera à entendre Mme E _____, car son audition n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige. (appréciation anticipée des preuves).

Il y a encore lieu d'examiner si, comme le prétend implicitement l'assurée, l'assureur commet un abus de droit en invoquant l'extinction de la couverture d'assurance alors qu'il s'en est prévalu pour la première fois, en cours de procédure, dans ses écritures du 8 mai 2017. a. A teneur de l'art. 2 al. 2 du code civil (CC; RS 210), l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste (ATF 134 III 52 consid. 2.1). L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine (ATF 129 III 493 consid. 5.1). L'emploi dans le texte légal du qualificatif "manifeste" démontre que l'abus de droit doit être admis restrictivement. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1). L'exercice d'un droit peut en effet se révéler abusif si l'attitude de la partie qui agit contredit son comportement antérieur et que des attentes légitimes de l'autre partie s'en trouvent déçues. Le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est cependant constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées. Il faut par exemple que ce cocontractant ait proposé lui-même la convention contraire aux règles impératives, dans son propre intérêt et en connaissance de l'invalidité, de sorte qu'il a acquis un droit de façon déloyale. La partie qui reproche à l'autre un abus de droit doit prouver les circonstances particulières qui, dans le cas concret, autorisent à retenir que l'invalidité de la convention est invoquée de façon abusive (ATF 133 III 61 consid. 4.1). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que l'assurance qui avait promis de payer les indemnités journalières à une assurée après épuisement des droits de celle-ci envers une autre assurance, puis accepté la résiliation du contrat d'assurance sans attirer son attention sur les conséquences que cela entraînait sur son droit à de telles indemnités, ne commettait pas d'abus de droit en ne tentant pas de l'en dissuader [ATF non publié 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 3.2] (ATAS/1044/2013 consid.7).

A/4/2017 - 19/21 - b. A la lumière des précisions apportées par la jurisprudence, on ne saurait admettre que les conditions pour retenir un abus de droit soient réalisées en l'espèce. En effet, on peut certes s'étonner que l'assureur n'ait jamais soulevé le moyen tiré de l'extinction de la couverture d'assurance avant le dépôt de l'action, notamment lors des échanges de correspondance avec le conseil de l'assurée en été 2016, pendant les mois de juillet et août notamment. Il n'en demeure pas moins que celui-ci n'a jamais garanti à l'assurée le versement de prestations sur la période d'indemnisation subordonnée à l'exercice du droit de passage, de sorte qu'on ne peut considérer l'invocation de l'art. 23 CGC, assez tardive il est vrai, comme un revirement contraire à la bonne foi. D'un autre côté, on relèvera que dans le cas particulier, l'assurée a constitué avocat dès réception du premier courrier de SWICA (16 décembre 2015) que l'assureur lui avait adressé le lendemain de l'annonce du cas par l'employeur. Elle a ainsi été assistée par un mandataire qualifié tout au long du cas d'assurance, de sorte qu'elle ne saurait se prévaloir de son ignorance de ses droits, d'autant que son conseil n'a pas manqué d'intervenir auprès de l'employeur également, pour contester la position de ce dernier et faire valoir les droits de sa mandante, lorsque cela était nécessaire. Le fait qu'elle n'ait apparemment été possession ni du contrat d'assurance, ni des CGC que son conseil a recherchées sur internet au moment de la rédaction de la demande en justice, n'y change rien non plus. Il ne ressort pas pour autant

des allégués de la demanderesse, assistée par un avocat largement avant le moment où le passage dans l'assurance individuelle était encore possible, qu'elle ait demandé à obtenir une copie des CGA auprès de l'assureur ou qu'elle lui ait demandé des renseignements sur le sort des prestations d'assurance à l'extinction des rapports de travail. Ce n'est donc pas un comportement abusif de l'assureur qui a causé le défaut de couverture, si bien que celui-ci peut invoquer la fin des rapports d'assurance sans que l'on puisse lui en faire grief. Ainsi, l'intégralité des conclusions de la demanderesse portant sur la condamnation de la défenderesse à verser des prestations pour la seule période postérieure à l'échéance du contrat de travail, après la fin de l'obligation de l'assureur de verser les prestations contractuelles, soit du 1er août au 31 décembre 2016 - la demande ayant été déposée au début janvier 2017 -, et au-delà, tant que perdurerait l'incapacité de travail alléguée, jusqu'à extinction des obligations contractuelles (730 jours d'indemnités), doivent être rejetées. Certes, dans sa demande, l'assurée a dressé l'historique du cas d'assurance, et offert en preuve les faits qui étaient à l'origine du litige, notamment la divergence d'appréciation entre le médecin mandaté par la défenderesse et son psychiatre traitant, et ses conséquences sur les prestations effectuées par la défenderesse, avant la fin des rapports de travail. Cette dernière, dans sa réponse, a confirmé le détail des prestations qu'elle avait versées, soit des indemnités journalières à 100 % du 28 novembre 2015 au 3 avril 2016 et à 50 % du 4 avril au 31 mai 2016 pour un montant de CHF 25'521.40.

A/4/2017 - 20/21 - La chambre de céans retient en l'espèce - au degré de la vraisemblance prépondérante - que la description des faits antérieurs au 31 juillet 2016 a été énoncée pour démontrer l'existence d'un cas d'assurance avant l'échéance des prestations d'assurance à la fin des rapports de travail, date à laquelle, selon elle, la persistance d'une incapacité de travail justifiait la poursuite des prestations d'assurance, au-delà du 31 juillet 2016, l'assureur devant, selon la demanderesse, répondre du défaut d'information au sujet de ses droits au libre passage dans l'assurance individuelle. C'est si vrai qu'elle conclut son offre de preuve en disant n'avoir d'autre choix que de déposer la présente demande, « étant précisé qu'elle ne percevait plus d'indemnités maladie depuis l'échéance de son contrat de travail ». A aucun moment elle n'a articulé des prétentions à un complément de prestations pour la période précédant le 31 juillet 2016, ses conclusions étant au contraire précises : le montant réclamé de CHF 24'000.- portant intérêt à 5 % l'an dès le 2 janvier 2017 " correspondant aux indemnités pour perte de gain des mois d'août à décembre 2016 ", et au-delà de 2016 jusqu'à concurrence de l'échéance des prestations contractuelles prévues, tant et aussi longtemps que durerait l'incapacité de travail alléguée. La demanderesse ayant ainsi clairement circonscrit la nature et la période de ses prétentions, la chambre de céans est liée par les conclusions de la demande (art. 58 CPC); elle ne peut dès lors que constater que dès le 1er août 2016, date du début de la période pour laquelle les prestations litigieuses sont demandées, l'obligation de prêter de la défenderesse était éteinte.

E. 22

Il résulte de ce qui précède que la chambre de céans n'a pas à se pencher sur les divergences d'appréciations médicales à la base du litige, ni à examiner la valeur probante des documents médicaux produits. En effet, le résultat d'une telle instruction n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige.

E. 23

Ainsi, la demanderesse doit être déboutée de toutes ses conclusions.

E. 24

Enfin, s'agissant des conclusions reconventionnelles de la défenderesse en paiement de la somme de CHF 300.-, en remboursement d'honoraires du Dr F_____, la défenderesse a admis avoir été remboursée par la demanderesse – et produit le justificatif de paiement de la demanderesse (d'ailleurs antérieur au dépôt de la demande en justice), de sorte que cette prétention est infondée; la défenderesse sera ainsi déboutée de ses conclusions reconventionnelles.

E. 25

La demande et la demande reconventionnelle sont dès lors rejetées.

E. 26

Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse, ni perçu de frais judiciaires (art. 22 al. 3 let. a 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).

E. 27

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/4/2017 - 21/21 - Statuant À la forme :

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