

GE_GERICHTE ATAS/91/2021 vom 9. Februar 2021

GE Cour de justice, 2021-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_91_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/91/2021 du 9 février 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/91/2021 del 9 febbraio 2021

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), la chambre des assurances sociales 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). b. Le contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie couvrant le risque de perte de gain, soumis à la LCA, relève de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (arrêts du Tribunal fédéral 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2; 4A_118/2011 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références). c. Selon l'art. 2 des CGA, auquel renvoie la police d'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, le contrat est régi par la LCA en complément auxdites CGA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) 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. 33 des CGA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 3

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

A/129/2020 - 13/23 - Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

E. 4

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 précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (cf. art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 5

Pour le surplus, la demande en paiement du 13 janvier 2020, qui respecte les conditions de forme légales (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

E. 6

a. 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 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

E. 10

a. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au Code des obligations du 30 mars 1911 (CO - RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en

A/129/2020 - 18/23 - matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c). La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III

185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). b. En l'espèce, la police d'assurance prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 90 % du salaire assuré, versée pendant sept cent trente jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de trente jours. Selon l'art. 3 ch. 3, 1ère phrase des CGA, par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité. Selon le ch. 7, 1ère phrase de cette disposition, est réputée incapacité de travail 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. À teneur de l'art. 13 ch. 1 let. a, 1ère phrase des CGA, l'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25 %.

E. 11

a. Le demandeur, qui se réfère aux rapports de ses médecins traitants, requiert le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 9 avril 2019 inclus. La défenderesse, estime ne pas avoir à verser d'indemnités journalières pour cause de maladie au demandeur au-delà du 18 mars 2019. Elle se fonde sur le rapport d'examen du Dr F_____ du 21 juin 2019, lequel conclut à la capacité totale de travail dès le mois de février 2019. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si le demandeur présentait une incapacité de travail pour cause de maladie de 25 % au moins du 19 mars au 9 avril 2019. Conformément à la jurisprudence précitée, la charge de la preuve de l'incapacité de travail incombe au demandeur. b. À titre liminaire, il sied de relever que le demandeur n'a pas eu l'occasion de se déterminer sur le libellé des questions soumises au Dr F_____, de sorte que le rapport du psychiatre du 21 juin 2019 n'est en tout état de cause pas une expertise au sens strict du terme, mais une expertise privée qui doit être considérée comme une simple allégation de partie.

A/129/2020 - 19/23 - Dans la mesure où tant les rapports médicaux produits par le demandeur que celui produit par la défenderesse sont contestés par la partie adverse, ils constituent de simples allégations. Il convient donc de déterminer si les allégations résultant de ces différents rapports médicaux, combinés à des indices objectifs, peuvent apporter la preuve de leur propre véracité. c. Le demandeur fait valoir qu'il était en incapacité totale de travail jusqu'au 9 avril 2019 et se fonde sur les certificats médicaux établis par les Drs D_____ et E_____, ainsi que sur les rapports établis par les Drs H_____ et D_____. Le certificat médical du 8 janvier 2019 du Dr D_____ et les certificats consécutifs du Dr E_____, se contentent de prescrire des arrêts de travail pour maladie, du 7 janvier au 9 avril 2019 inclus, sans donner aucune autre indication. Selon le rapport du 21 juin 2019 du Dr F_____, aucun diagnostic motivant une incapacité de travail n'est constaté par le psychiatre. Celui-ci se fonde sur une anamnèse complète et un examen clinique du demandeur, effectué le 19 juin 2019, et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il ressort en particulier de ce rapport qu'au moment déjà où le demandeur a écrit à son employeur le 20 février 2019, il s'était senti capable de reprendre le travail. Ce rapport, bien qu'établi postérieurement à la période de mise en arrêt maladie du demandeur, vient contredire les derniers certificats médicaux établis par le Dr E_____ et met ainsi en doute

l'existence de l'incapacité de travail du demandeur durant la période en cause. d. Selon le demandeur, le rapport du Dr F_____ ne contient aucune grossière erreur, mais omet certains éléments et ne fait que refléter l'avis très subjectif du psychiatre après un entretien de seulement deux heures, ce qui, selon lui, remet en cause sa crédibilité. Il n'a cependant présenté aucune contestation circonstanciée et n'a en particulier pas remis en cause les constatations figurant au titre de l'examen clinique, ni mis en doute la motivation du Dr F_____ ayant conduit à ses conclusions. e. Le demandeur relève ensuite que les diagnostics du Dr F_____ sont différents de ceux du Dr E_____. Toutefois, il ne produit aucun document médical établi par le Dr E_____ faisant état desdits diagnostics. Au demeurant, les diagnostics qu'il impute au Dr E_____, à savoir trouble de l'adaptation et traits de personnalité émotionnellement labile, n'apparaissent pas d'une gravité particulièrement grande. f. Le demandeur s'appuie sur les rapports des Drs H_____ et D_____ qui viennent, selon lui, contredire le rapport du Dr F_____ et confirmer les certificats du Dr E_____. Ces deux rapports médicaux ont été établis par les médecins traitants du demandeur, de sorte qu'il convient, en les examinant, de prendre en compte la A/129/2020 - 20/23 - relation de confiance unissant les médecins à leur patient, relation qui peut avoir influencé leur objectivité ou leur impartialité. En outre, les Drs H_____ et D_____ sont tous deux des médecins généralistes, et, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2). Il convient encore de relever que dans leurs rapports médicaux respectifs, les deux médecins traitants indiquent certes qu'en raison de conflits professionnels, le demandeur a subi des troubles psychologiques, toutefois sans expliquer en quoi ces troubles seraient incapacitants. De surcroît, ces rapports ont été établis le 30 septembre, respectivement le 7 octobre 2019, soit postérieurement au rapport du Dr F_____ et donc à la période litigieuse. g. Force est ainsi de constater que le rapport d'examen du Dr F_____, qui est détaillé et approfondi, à l'inverse de ceux émanant des médecins traitants, permet de saisir le raisonnement qui a amené celui-là à considérer que le demandeur, sur le plan psychiatrique, ne présentait aucune incapacité de travail au-delà du 18 mars 2019. De surcroît, aucun indice au dossier ne permet d'admettre que le demandeur souffrait d'une atteinte psychique incapacitante durant la période litigieuse. Au vu de ces éléments, il n'est pas établi, même au degré de la vraisemblance prépondérante, que le demandeur, à qui il incombait le fardeau de la preuve, était en incapacité de travail pour cause de maladie du 19 mars au 9 avril 2019. Sa conclusion en paiement de CHF 4'851.10 doit donc être rejetée.

E. 12

S'agissant de la demande en remboursement des honoraires de l'entretien du 19 mars 2019 avec le Dr F_____, il convient d'examiner si la défenderesse pouvait exiger qu'ils soient pris en charge par le demandeur, en raison de sa violation du devoir de collaborer. L'art. 18 ch. 2 let. c des CGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instructions (p.ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable et que dans ce cas, l'assureur se réserve en outre le droit de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée. Selon l'art. 26 ch. 4 des CGA, l'assuré doit collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteur de sinistres, gestionnaires, médecins, etc.) et doit notamment suivre leurs prescriptions, fournir les

documents demandés et répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.

A/129/2020 - 21/23 - En l'occurrence, il ressort des échanges de courriers produits par les parties que le demandeur a d'abord indiqué à l'assurance par courrier du 27 mars 2019 que le Dr F_____ avait refusé de procéder à l'examen en raison de sa demande d'enregistrer l'entretien et qu'il n'avait rien à cacher et aucune raison de ne pas se soumettre à un examen médical, mais demandait qu'il soit enregistré par les deux parties afin de se protéger contre toute libre interprétation subjective d'un médecin. Il a ensuite expliqué à l'assurance dans un courrier du 18 avril 2019 qu'il avait été dans l'incapacité de se soumettre à l'examen du Dr F_____ le 19 mars 2019 en raison de lombalgies qui avaient nécessité la visite d'un médecin à domicile. Or il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; ATF 115 V 143 consid. 8c). Bien que le demandeur ait produit des documents médicaux dans le sens de ses dernières explications, cette version n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. En effet, le demandeur s'est bien rendu au rendez-vous le 19 juin 2019 auprès du Dr F_____ et, au vu de ses premières déclarations, il se serait vraisemblablement soumis à l'examen s'il avait pu l'enregistrer. Cette version est d'ailleurs confirmée par le courriel du 19 mars 2019 du Dr F_____. S'agissant de la demande d'enregistrement du demandeur, les CGA ne prévoient aucune disposition fondant un droit à procéder à un tel enregistrement. Au regard du droit d'être entendu, le Tribunal fédéral a notamment nié celui d'une partie d'être assistée d'un avocat ou d'une personne de son choix lors d'une expertise médicale pour autant que la personne en cause et celui qui l'assiste puissent ultérieurement avoir accès au rapport et se déterminer sur les conclusions qu'il contient, le but étant de permettre à l'expert, lorsque la partie est elle-même objet de l'expertise, une évaluation aussi objective que possible et de prévoir ainsi les conditions les plus appropriées pour permettre une telle évaluation (ATF 132 V 443 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2012 du 18 février 2013 consid. 4) En outre, selon le Tribunal cantonal vaudois, contraindre l'examineur à procéder à un enregistrement vidéo de son examen clinique peut influencer le déroulement de l'examen, et une telle contrainte apparaît inappropriée. La personne examinée, comme son conseil, pouvant prendre connaissance du rapport au moment où il est rendu et se déterminer sur celui-ci, le droit d'être entendu est ainsi garanti (arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud CASSO AI 289/19 – 89/2014 du 28 avril 2014 consid. 3). Suite au refus du Dr F_____ de le laisser enregistrer son examen, le demandeur n'invoque aucune disposition légale pour ne pas se soumettre audit examen. En outre, il aurait de toute façon eu ultérieurement accès au rapport ainsi que la possibilité de se déterminer sur les conclusions qu'il contenait.

A/129/2020 - 22/23 - La défenderesse a par ailleurs dûment averti le demandeur, dans son courrier de convocation, des risques que celui-ci encourrait à défaut de collaboration. Elle était donc fondée à lui demander, pour non-respect de son devoir de collaboration, le paiement des honoraires de l'entretien du 19 mars 2019.

E. 13

Les conclusions tendant au paiement de factures émanant de tiers, ainsi qu'à un tort moral, si tant est qu'elles soient recevables – ce qui peut demeurer indécis –, sont en tout état de cause exclues par le déboutement de la conclusion en paiement de CHF 4'851.10 à titre

d'indemnité pour la période du 19 mars au 9 avril 2019, dont elles dépendent.

E. 14

La demande doit dès lors être intégralement rejetée, dans la mesure de sa recevabilité.

E. 15

Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b 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]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/129/2020 - 23/23 - 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.