

GE_GERICHTE A/3503/2017 vom 18. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3503_2017

FR: GE_GERICHTE A/3503/2017 du 18 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/3503/2017 del 18 ottobre 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.10.2018 A/3503/2017

A/3503/2017 ATAS/946/2018 du 18.10.2018 (LCA) En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3503/2017 ATAS/946/2018 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt incident du 18 octobre 2018 1 ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER demanderesse contre SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise boulevard de Grancy 39, Lausanne défenderesse EN FAIT 1. Du 4 décembre 2006 au 28 février 2017, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le 25 février 1965, a travaillé en tant que caissière à la B_____. À ce titre, elle était assurée par son employeur auprès de SWICA Assurance-maladie SA (ci-après : SWICA ou l'assurance) pour une assurance d'indemnité journalière maladie soumise à la loi sur le contrat d'assurance, prévoyant le versement d'indemnités journalières correspondant à 90% du salaire, durant 730 jours, aucun délai d'attente n'étant prévu (police n° 1_____).! [endif]>! [if> 2. L'assurée a pris un congé sans solde du 1 er février au 30 avril 2016.! [endif]>! [if> 3. Dès le 24 février 2016, elle a été en incapacité totale de travailler. ! [endif]>! [if> 4. Le 1 er juillet 2016, l'employeur de l'assurée a porté l'incapacité de travail de cette dernière à la connaissance de l'assurance.! [endif]>! [if> 5. Mandaté pour examen par SWICA, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, a retenu, dans son rapport du 26 septembre 2016, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (avec effet sur la capacité de travail) et de personnalité avec des traits émotionnellement immatures, évitants et narcissiques accentués (sans effet sur la capacité de travail). L'assurée était capable de reprendre son activité professionnelle immédiatement, à 50% jusqu'au 31 octobre 2016, à 80% jusqu'au 30 novembre 2016 et à 100% dès le 1 er décembre 2016.! [endif]>! [if> 6. Par courrier du 30 septembre 2016, SWICA a reproché à l'assurée ne pas lui avoir signalé le fait qu'elle avait été inscrite au registre du commerce de Genève en tant que titulaire avec signature individuelle [d'une entreprise individuelle dont le but était l'exploitation d'un restaurant et d'une boutique d'articles de cadeaux] alors qu'elle était réputée être dans l'incapacité totale de travailler.! [endif]>! [if> 7. Le 7 octobre 2016, sous la plume d'Unia, l'assurée a contesté avoir exercé une quelconque activité lucrative pendant son incapacité de travail, l'exploitation du restaurant n'ayant jamais débuté.! [endif]>! [if> 8. Par courrier du 14 novembre 2016, SWICA a formellement fait valoir une prétention frauduleuse, considérant que l'assurée avait sciemment négligé son devoir d'annoncer la reprise, à tout le moins partielle, d'activités assimilables à un travail. Les problèmes de santé de l'assurée pouvaient ainsi ne pas avoir existé ou étaient, à tout le moins, d'une gravité moindre que celle alléguée.! [endif]>! [if> 9. Un échange de correspondance s'en est suivi, chaque partie

maintenant sa position tout en la précisant.![endif]>![if> 10. Le 24 août 2017, l'assurée (ci-après : la demanderesse), sous la plume de son conseil, a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement dirigée contre SWICA, demande dans laquelle elle a conclu au versement de 304 indemnités journalières dues par l'assurance (ci-après : la défenderesse) pour la période du 1^{er} mai 2016 au 28 février 2017 (CHF 19'053.- sous déduction de CHF 9'966.- déjà versés par l'employeur).![endif]>![if> 11. La défenderesse a répondu par écriture du 22 septembre 2017 et a conclu au rejet de la demande, invoquant principalement une prétention frauduleuse et, subsidiairement, une capacité de travail entière dès le 1^{er} décembre 2016.![endif]>![if> 12. La demanderesse a produit sa réplique le 16 octobre 2017 et la défenderesse sa duplique le 15 novembre 2017.![endif]>![if> 13. Lors de l'audience de débats et de comparution personnelle des parties du 10 juillet 2018, il a notamment été décidé d'entendre Monsieur D_____, représentant du propriétaire du fonds de commerce, ainsi que Messieurs E_____ et F_____, respectivement époux et fils de la demanderesse.![endif]>![if> 14. Le 16 août 2018, la défenderesse a produit le dossier médical de Monsieur E_____, constitué par SWICA ASSURANCES, assureur-accidents de ce dernier. À l'appui de cette production, elle a expliqué que la représentante « disposant d'une procuration de SWICA Assurances, (...) vous adresse une copie du dossier de cette dernière concernant Monsieur E_____, dont il résulte qu'il a consulté pour la première fois le 24 février 2016 soit à la même date que son épouse (...), ce qui apparaît pour le moins étonnant. Dans l'hypothèse où ce serait Monsieur E_____ qui n'aurait pas été fondé à recevoir des prestations de SWICA Assurances SA, SWICA Assurance-maladie SA indique d'ores et déjà qu'elle fera valoir la solidarité des époux pour refuser toute prestation à son épouse dans le cadre de la présente procédure »![endif]>![if> 15. Lors de l'audience du 25 septembre 2018, la chambre de céans a entendu les témoins et a notamment informé les parties qu'elle allait rendre une ordonnance relative à la production du dossier LAA de l'époux de la demanderesse.![endif]>![if> EN DROIT 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), 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).![endif]>![if> Selon les polices d'assurance 1_____ datées des 8 décembre 2014 et 27 février 2017, le mémento assurance indemnités journalières (ci-après : le mémento) et les conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA (ci-après : les conditions générales), le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 1^{er} 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.![endif]>![if> En l'occurrence, l'art. 36 des conditions générales prévoit quant à lui que le preneur d'assurance et la personne assurée peuvent saisir, à leur choix, le for ordinaire ou celui de leur domicile en Suisse ou dans la Principauté du Lichtenstein. En l'espèce, la demanderesse est domiciliée à Genève. La compétence ratione loci de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est par conséquent également donnée. 3. À raison de la forme, la demande, qui comporte

notamment un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (art. 130 et 244 CPC). [endif]>[if> 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 (art. 134 al. 1 let. c LOJ).[endif]>[if> 5. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à des indemnités journalières du 1^{er} mai 2016 au 28 février 2017 sous déduction du montant versé par l'employeur, soit un montant total de CHF 19'053.-. En particulier, les questions litigieuses portent sur l'existence de prétentions frauduleuses et, subsidiairement, sur l'incapacité de travail invoquée par la demanderesse.[endif]>[if> 6. 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). [endif]>[if> 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). 7. 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). [endif]>[if> Ainsi, 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 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). 8. À teneur de l'art. 152 CPC, toute partie a droit à ce que le tribunal administre les moyens de preuve adéquats proposés régulièrement et en temps utile (al. 1). Le tribunal ne prend en considération que les moyens de preuve obtenus de manière illicite que si l'intérêt à la manifestation de la vérité est prépondérant (al. 2). [endif]>[if> Contrairement à la preuve irrégulière, recueillie en violation d'une règle de procédure, la preuve illicite est obtenue en violation d'une norme de droit matériel, laquelle doit protéger le bien juridique lésé contre l'atteinte en cause (arrêt du Tribunal fédéral 4A_294/2013 du 11 décembre 2013 consid. 3.1). 9. L'obligation de discrétion de l'assureur-accidents est notamment visé par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), ainsi que par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). [endif]>[if> À teneur de l'art. 33 LPGA, les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers. L'art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) prévoit les cas dans lesquels l'assureur-accidents peut déroger à son obligation de garder le secret. Sauf si un intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, il peut notamment communiquer des données à d'autres organes chargés d'appliquer la LAA, lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches que leur assigne la LAA (let. a) ainsi qu'aux organes d'une autre assurance sociale dans les cas prévus par les let. b et b bis de cette même disposition. Des données personnelles peuvent en outre être communiquées à des tiers lorsque la personne concernée y a consenti par écrit ou, s'il n'est pas possible d'obtenir son consentement, lorsque les circonstances permettent de présumer qu'il en va de l'intérêt de l'assuré (art. 97 al. 6 let. b LAA). 10. En l'espèce, la défenderesse a produit, le 16 août 2018, le dossier médical de l'époux de la demanderesse constitué par l'assureur-accidents. Ce dossier lui a, à l'évidence, été transmis par l'assureur-accidents en violation de l'art. 97 LAA. [endif]>[if> En effet, le dossier médical transmis comprend des données personnelles sensibles, lesquelles ne pouvaient être communiquées, sans l'accord préalable de l'époux de la demanderesse, qu'à des organes chargés d'appliquer la LAA. Or, la défenderesse, en sa qualité d'assureur perte de gain LCA n'agit à l'évidence pas en cette qualité. Cela étant, avec l'accord préalable de l'époux de la demanderesse, le dossier médical aurait pu être transmis à la défenderesse. Cependant, aucune autorisation dans ce sens n'a été produite. Au demeurant, la défenderesse ne l'allègue pas. Par ailleurs, l'époux de la demanderesse n'y a pas non plus consenti lors de l'audience du 25 septembre 2018. Il s'agit ainsi à l'évidence de pièces obtenues de manière illicite, à savoir en violation des art. 33 LPGA et 97 LAA, que la chambre de céans ne peut prendre en considération que si l'intérêt à la manifestation de la vérité est prépondérant. La présente procédure oppose la demanderesse à son assurance perte de gain, les questions litigieuses étant celles d'une prétention frauduleuse, subsidiairement l'existence d'une incapacité de travail du 1^{er} mai 2016 au 28 février 2017. Dans ces circonstances, on ne voit pas en quoi le dossier médical de l'époux de la demanderesse serait susceptible de prouver l'existence d'une prétention frauduleuse ou de nier l'incapacité de travail de la demanderesse. Au demeurant, la défenderesse ne fournit pas la moindre explication dans ce sens, se limitant à affirmer que dans l'hypothèse où ce serait l'époux de la demanderesse qui n'aurait pas été fondé à recevoir des prestations de l'assureur-accidents, elle ferait valoir la solidarité des époux pour refuser toute prestation à son épouse dans le cadre de la présente procédure. Elle ne produit pas la moindre pièce

démontrant le caractère indu des prestations versées à l'époux de la demanderesse et ne cite aucune disposition légale relative à la « solidarité des époux » lui permettant de refuser de prester. En d'autres termes, le dossier médical produit n'est d'aucune utilité pour la manifestation de la vérité. Il n'en sera dès lors pas tenu compte lors de l'appréciation du droit de la demanderesse à des indemnités journalières pour la période du 1^{er} mai 2016 au 28 février 2017. Il sera du reste retourné à la défenderesse. 11. La demanderesse n'ayant pas été invitée à produire des écritures, aucun dépens ne lui sera octroyé (art. 85 et 87 du règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 [RTFMC - E 1 05.10] et art. 23 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]).

2. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant sur incident 1. Écarte le dossier médical de Monsieur E_____. 3. Le restitue à la défenderesse. 4. Réserve le fond. 5. Dit que la procédure est gratuite. 6. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le

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