

GE_GERICHTE A/4328/2016 vom 11. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4328_2016

FR: GE_GERICHTE A/4328/2016 du 11 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/4328/2016 del 11 ottobre 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Serge ROUVINET demandeur contre HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTIARES SA, sise Zurichstrasse 130, DÜBENDORF, représentée par HELSANA ASSURANCES SA, droit & compliance, LAUSANNE défenderesse EN FAIT 1. Le 8 septembre 2015, Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1984, s'est tordu la cheville droite et est tombé dans le cadre de son travail. Le 4 mai 2016, la SUVA Genève, qui avait pris en charge le cas, a mis fin au versement des prestations d'assurance au 31 mars 2016, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade. Le 29 juin 2016, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée. Par décision sur opposition du 27 juillet 2016, la SUVA a déclaré l'opposition irrecevable. Le 29 septembre 2016, l'assuré a annoncé un cas de maladie à Helsana assurances complémentaires SA (ci-après Helsana). Par décision du 16 novembre 2016, Helsana a informé l'assuré qu'elle ne pouvait lui verser des indemnités journalières maladie selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1), dès lors que son médecin-conseil était parvenu à la conclusion que son incapacité de travail à partir du 1^{er} avril 2016 n'était pas de nature malade, mais en lien avec l'événement accidentel survenu en 1999. Le 16 décembre 2016, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours auprès de la chambre de assurances sociales de la Cour de justice contre la décision rendue par Helsana le 16 novembre 2016, concluant, préalablement, à ce que la SUVA soit appelée en cause et à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée pour déterminer les raisons de son incapacité de travail et de gain et, principalement, à l'annulation de la décision du 16 novembre 2016, à ce qu'il soit dit que son incapacité de travail et de gain à partir du 1^{er} avril 2016 était de nature malade et à la condamnation d'Helsana à lui verser des indemnités pour perte de gain maladie rétroactivement à compter du 1^{er} avril 2016 et des dépens comprenant une équitable indemnité pour ses honoraires d'avocat. Par réponse du 26 janvier 2017, Helsana a fait valoir, s'agissant de la recevabilité du recours, que le mandataire de l'assuré s'était fourvoyé quant à la procédure applicable. En effet, elle agissait dans ce dossier en tant qu'assureur complémentaire LCA et ne rendait pas de décision. Ce n'était pas la LPA qui s'appliquait, mais le CPC. Par chance pour l'assuré, la chambre des assurances sociales agissait également en tant qu'instance unique pour les contestations relatives aux assurances complémentaires. Néanmoins, les exigences de la procédure simplifiée étaient applicables aux cas de litige portant sur les assurances complémentaires. De surcroît, l'action n'était pas chiffrée et les conclusions étaient erronées. Pour ces motifs, l'acte de l'assuré devait être déclaré irrecevable. Dans l'hypothèse où celui-ci serait

considéré recevable, Helsana concluait au rejet de la demande.![endif]>![if> 9. Le 21 février 2017, le conseil de l'assuré s'est déterminé sur la réponse d'Helsana, faisant valoir que l'accident s'était produit alors que l'assuré était âgé de 15 ans et encore étudiant. Par voie de conséquence, il était couvert par son assurance maladie et accidents. Si le sinistre du 8 septembre 2015 ne s'était pas produit, il serait aujourd'hui en incapacité de travail en raison des séquelles de son accident survenu en 1999. Son incapacité de travail devait être prise en charge par Helsana en sa qualité d'assureur perte de gain maladie.![endif]>![if> 10. Le 21 mars 2017, le conseil de l'assuré a informé la chambre de céans que ce dernier devait subir une opération le 24 avril 2017 qui nécessiterait un arrêt de travail puis une rééducation et une convalescence d'une durée minimale de six mois. ![endif]>![if> 11. Sur ce, la cause a été gardée à juger. ![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) en vigueur depuis le 1^{er} 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 loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).![endif]>![if> b. 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. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. c. Selon la police d'assurance liant Helsana à l'employeur du demandeur, le contrat est régi par la LCA. La chambre de céans est donc compétente à raison de la matière pour connaître de son recours et également à raison du lieu, le recourant ayant son domicile à Genève. 2. 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> Pour le surplus, 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). 3. a. En l'espèce, l'assuré a interjeté à tort un « recours contre le refus d'Helsana de lui allouer des indemnités journalières maladie dès le 1^{er} avril 2016 ». En effet, 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 – de nature impérative (cf. art. 98 LCA) – confère un droit propre à l'assuré, qu'il peut faire valoir directement contre l'assureur (ATF 141 III 112 consid. 4.3; entre autres auteurs : Vincent BRULHART, L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie, in *Le droit social dans la pratique de l'entreprise*, 2006, p. 103). Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. ![endif]>![if> Malgré cette erreur dans le libellé de l'acte, celui-ci peut être considéré comme une demande, dès lors qu'il respecte les conditions de forme requises (art. 244 et 130 CPC). b. Il convient encore d'examiner la recevabilité de cette demande, dès lors que l'assuré n'articule aucun montant dans le cadre de ses

conclusions. À cet égard, il convient de rappeler que les conclusions doivent être déterminées avec suffisamment de précision ; ainsi celles qui portent sur une somme d'argent doivent être chiffrées, conformément à l'art. 84 al. 2 CPC (ATF 134 III 235 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2; Laurent KILLIAS, Berner Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, Band I : art. 1-149 ZPO, 2012, n. 9 ad art. 221 CPC; François BOHNET, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 17 ad art. 84 CPC). Il s'agit d'une condition de recevabilité (BOHNET, op. cit., n. 25 ad art. 85 CPC). La règle n'est certes pas absolue et l'art. 85 CPC prévoit que le demandeur peut ne pas prendre de conclusions chiffrées lorsqu'il lui est impossible d'articuler d'entrée de cause le montant de ses prétentions, parce que, par exemple, les informations lui permettant de l'articuler sont en mains du défendeur ou d'un tiers ou qu'il serait déraisonnable de le lui demander, notamment en raison d'investigations lourdes et coûteuses ou lorsque le dommage n'est pas clairement connu (BOHNET, op. cit., nn. 6, 7 et 13 ad art. 85 CPC). Dans ce cas, le demandeur doit tout de même tenter de chiffrer ses prétentions, puisqu'il doit indiquer une valeur litigieuse minimale aux termes de l'art. 85 al. 1 in fine CPC (KILLIAS, op. cit., n. 10 ad art. 221 CPC; BOHNET, op. cit., n. 18 ad art. 85 CPC ; David HOFFMANN/Christian LÜSCHER, Le Code de procédure civile, 2015, p. 60). Exceptionnellement, des conclusions non chiffrées suffisent lorsque la somme à allouer est d'emblée reconnaissable au regard de la motivation du recours ou de la décision attaquée (ATF 134 III 235 consid. 2 et les références citées; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2). Toutefois, dans deux affaires d'assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n. 50'123'083 » (ATF 134 III 235 consid. 2) ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur, dès le 30 août 2004, plus intérêts à 5% dès la même date » (arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008). Quiconque participe à la procédure doit se conformer aux règles de la bonne foi (art. 52 CPC). En particulier, les actes de procédure des parties doivent être interprétés conformément à ces règles (ATF 105 II 149 consid. 2a in JdT 1980 I 177). Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1 in JdT 2011 IV 17). L'interdiction du formalisme excessif impose de ne pas se montrer trop strict dans la formulation des conclusions si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant ; tel est en particulier le cas lorsque le but et l'objet du recours, ou – en cas de conclusions qui doivent être chiffrées – le montant requis, ressortent sans aucun doute des motifs invoqués, éventuellement associés à la décision attaquée. Les conclusions doivent être interprétées à la lumière de la motivation (ATF 137 III 617 consid. 6.2 in JdT 2014 II 187 et SJ 2012 I 373). Dans l'interprétation selon le principe de la bonne foi, l'autorité peut tenir compte du fait que le demandeur n'est pas représenté par un avocat et a rédigé lui-même ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_551/2008 du 12 mai 2009 consid. 2.3). c. En l'occurrence, l'assuré était assisté d'un conseil lorsqu'il a saisi la chambre de céans. Dans sa réponse du 26 janvier 2017, Helsana a conclu à l'irrecevabilité de la demande faute de conclusions chiffrées. Cela aurait permis au conseil du demandeur de chiffrer la demande de l'assuré dans sa réplique du 21 février 2017, ce qu'il n'a pas fait. Dans la mesure où le montant requis ne ressort pas clairement

des motifs invoqués par le demandeur, même associés à la décision attaquée, sa demande est irrecevable. 4. La procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 let. b LaCC).!endif]>![if> 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.