

VS_GERICHTE S2 19 102 vom 22. Juni 2022

VS Kantonsgericht, 2022-06-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 19 102](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_19_102)

FR: VS_GERICHTE S2 19 102 du 22 juin 2022

IT: VS_GERICHTE S2 19 102 del 22 giugno 2022

Regeste

S2 19 102 JUGEMENT DU 22 JUIN 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière en la cause X _____, demanderesse, représentée par Maître Beatrice Pilloud, avocate, 1951 Sion contre MUTUEL ASSURANCES SA, 1919 Martigny, défenderesse (Assurance complémentaire ; indemnités journalières maladie LCA ; incapacité à géométrie variable)

Erwägungen

E. 12

alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 (FF 2012 1725,1739). Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 de la loi sur l'organisation de la justice - LOJ, RS/VS 173.1, et art. 65 al. 2 de la loi sur la procédure et la juridiction administratives - LPJA, RS/VS 172.6) la compétence de traiter les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 2 LSAMal (arrêt du Tribunal fédéral 4A_241/2015 du 20 octobre 2015 consid. 2). La Cour de céans est dès lors compétente ratione materiae pour connaître du présent litige. 1.1.2 L'article 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors, RS 272) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Selon l'article 32 alinéa 1 lettre a CPC, en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs - dont font partie les contrats conclus en matière d'assurance accidents ou maladie privée censés porter sur une prestation de consommation courante (arrêt du tribunal fédéral 5C.222/2005 du 12 janvier 2006 consid. 2.2 et les références) -, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. De plus, l'article 17 alinéa 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'article 33 des conditions générales d'assurance PC de la défenderesse (CGA) prévoit qu'en cas de contestation, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger. 1.1.3 Au vu des dispositions et de la jurisprudence qui précèdent et du fait que la demanderesse est domiciliée en Valais, la Cour de céans est compétente en raison du lieu et de la matière pour connaître de la présente cause. 1.2 La procédure de conciliation n'a pas lieu d'être dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'article 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4), ce qui est le cas en Valais (art. 2 al. 1 de l'ordonnance cantonale du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie). 1.3 A teneur de l'article 243 alinéa 2 lettre f CPC, la procédure simplifiée s'applique, quelle que soit la valeur litigieuse, aux litiges

portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'article 243 alinéa 2 CPC (art. 247 al. 2 let. a CPC).

- 6 - Il s'agit là de la maxime inquisitoire simple et non de la maxime inquisitoire illimitée de l'article 296 alinéa 3 CPC. La doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l'égalité entre les parties au procès et d'accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a). Selon la maxime inquisitoire, l'autorité définit les faits pertinents et ne tient pour existants que ceux qui sont dûment prouvés. Elle ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (arrêt du Tribunal fédéral 4A_67/2021 du 8 avril 2021 ; ATF 141 III 569 consid. 2.3.1 et 2.3.2). En l'occurrence, la demanderesse a déposé un mémoire simplifié conforme aux réquisits posés à l'article 244 CPC. Il sied dès lors d'entrer en matière sur sa demande. 1.4 Enfin, il sied d'admettre que les parties ont renoncé aux plaidoiries écrites, ainsi qu'à une audience, par actes concluants. En effet, force est de constater que ni la demanderesse agissant par un mandataire professionnel ni la défenderesse représentée par deux collaboratrices du service juridique n'ont réagi à l'ordonnance de clôture du 22 avril 2020 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_627/2015 du 9 juin 2016 consid. 2.3). 2. Est litigieuse la question de savoir si la défenderesse était en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2019 sans octroyer un délai d'adaptation à la demanderesse jusqu'au terme de son contrat de travail le 31 mars 2019. 2.1.1 Selon l'article 3 CGA, 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'article 13 chiffre 3 CGA prévoit que l'assureur paie l'incapacité médicalement attestée et prouvée. Une attestation du médecin, basée sur des consultations régulières au cabinet, doit être remise à l'assureur au moins une fois par mois. Selon l'article 18 chiffre 2 lettre b CGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas les obligations citées aux articles 25 et 26 CGA. Or, à teneur de l'article 26 chiffre 6

- 7 - CGA, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage ce qui inclut notamment la collaboration avec les institutions d'assurance sociale. Selon le chiffre 7, il participe, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. 2.1.2 L'article 61 LCA prévoit que lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage ; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1) ; si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). Il a été jugé que l'article 61 LCA, bien qu'il figure parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, exprime un principe général du droit des assurances, qui s'applique également à l'assurance des personnes et aux assurances de sommes, notamment à l'assurance d'indemnités journalières (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 7.1 publié in SJ 2007 I p. 238). Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette jurisprudence

constante. Dans l'assurance des indemnités journalières, l'obligation de réduire le dommage peut impliquer le devoir pour l'assuré de changer d'activité professionnelle, si cela peut être raisonnablement exigé de lui et permet de réduire son incapacité de travail. L'assureur qui entend faire application de la possibilité de réduire l'indemnité doit inviter l'assuré à changer d'activité et lui impartir pour ce faire un délai d'adaptation approprié ; en règle générale, un délai de trois à cinq mois doit être considéré comme adéquat. L'analyse médico-théorique ne constitue toutefois qu'une première étape du raisonnement auquel il y a lieu de procéder. En effet, la loi ne permet pas à l'assureur de réduire ses prestations dans la perspective d'un changement d'activité purement théorique, qui n'est pratiquement pas réalisable. Au contraire, le juge doit procéder à une analyse concrète de la situation. Partant, il doit se demander, en fonction de l'âge de l'assuré et de l'état du marché du travail, quelles sont ses chances réelles de trouver un emploi tenant compte de ses limitations fonctionnelles (ATF 133 III 527 consid. 3.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_529/2012 du 31 janvier 2013 consid. 2.3 ; Roland Brehm, Berner Kommentar, 4e éd. 2013, n° 51 ad art. 44 CO). En outre, conformément à l'article 8 CC, il incombe à l'assureur qui n'entend pas indemniser la totalité du dommage subi par l'assuré de prouver que celui-ci a violé son

- 8 - devoir de réduire le dommage. A cet égard, il lui appartient de démontrer que les mesures tendant à diminuer le dommage qui n'ont pas été prises par l'assuré pouvaient raisonnablement être exigées de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 4A_574/2014 du 15 janvier 2015 consid. 4.1 et doctrine citée). L'assureur doit alléguer les faits propres à démontrer cette violation du devoir de réduire le dommage. 2.2.1 En l'espèce, il ressort des certificats médicaux successifs, établis par le Dr C _____, déposés par l'assurée et figurant au dossier de la défenderesse (pièce 42), que la demanderesse a été en incapacité de travail totale durant les périodes suivantes : - du 9 octobre 2018 durant 12 jours - du 9 octobre 2018 au 31 octobre 2018 - du 9 octobre 2018 au 31 novembre 2018 - du 9 octobre 2018 au 21 décembre 2018 - du 9 octobre 2018 au 31 décembre 2018 - du 9 octobre 2018 au 3 janvier 2019 - du 9 octobre 2018 au 31 janvier 2019 - du 9 octobre 2018 au 28 février 2019. Le mardi 27 décembre 2018, la demanderesse a reçu de son médecin un certificat lui permettant de reprendre toute activité dès le 3 janvier 2019, hormis auprès de son ancien employeur. Le mercredi 28 décembre 2018, elle a apparemment envoyé ce certificat à son employeur (cf. lettre de résiliation du 2 janvier 2019), avant de rédiger une lettre de « démission » le dimanche 2 janvier 2019. Contrairement à ce que prétend la défenderesse, on ne saurait reprocher à la demanderesse d'avoir tardé à résilier son rapport de travail. Il est normal dans une telle situation de prendre quelques jours pour réfléchir aux choix qui se présentent et à leurs conséquences pour l'avenir. Tout au plus, l'employée aurait-elle pu résilier son contrat pour le 28 février 2018 en envoyant sa lettre de démission le mercredi 28 décembre 2018, en même temps que le certificat médical du Dr C _____ du 27 décembre 2018. Or, quoi qu'il en soit, au vu des certificats remis, l'incapacité de travail ne pourrait être indemnisée que jusqu'au 28 février 2019 en vertu de l'article 13 chiffre 3 CGA et non jusqu'au 31 mars 2019 comme le réclame la demanderesse. En conclusion, il n'est pas établi que la demanderesse ait violé son obligation de réduire le dommage. Partant, l'assurance ne saurait réduire l'indemnité en application de l'article 61 alinéa 2 LCA.

- 9 - 2.2.2 Sur le fond, il appartient à la demanderesse d'apporter la preuve, à hauteur de la vraisemblance prépondérante, du fait qu'elle doit être mise au bénéfice d'indemnités journalières perte de gain en cas de maladie, fondées sur une incapacité totale de travail au sens de la police d'assurance et des conditions générales applicables, pour la période du 9

octobre 2018 au 31 mars 2019 (art. 8 CC ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Sur ce point, la défenderesse estime qu'à partir du 3 janvier 2019, la demanderesse n'était plus en incapacité de travail pour des raisons médicales mais uniquement en raison de son environnement professionnel, ce qui ne correspondrait plus à la notion d'incapacité de travail. La Cour n'est pas de cet avis. Il arrive en effet que l'incapacité de travail soit intimement liée au poste occupé et que l'employé ait une capacité de travail totale ou partielle dans un autre poste ou auprès d'un autre employeur. On parle d'incapacité de travail liée à la place de travail. Cette forme particulière d'incapacité de travail est souvent liée à un stress psychologique au travail, par exemple dans une situation de conflit ou de mobbing. Il est incontesté que l'employé a droit au versement de son salaire en cas d'incapacité de travail liée au poste de travail. Ce qui est déterminant et justifie ce droit, c'est que le salarié soit en incapacité de travail au sens de la loi pour des raisons personnelles et sans faute de sa part. Il n'est pas absolument nécessaire que le travail ne soit pas possible au sens strictement médical. Ne pas pouvoir fournir la prestation contractuelle suffit. Lorsque l'employeur a contracté une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, celle-ci prend le relais de l'obligation légale de l'employeur de payer le salaire. En vertu du principe de l'obligation de diminuer le dommage, elle peut exiger un changement de poste en adressant à l'assuré une mise en demeure écrite. Ce n'est qu'à cette condition, qu'elle pourra ensuite réduire ses prestations (cf. analogie avec les art. 6 et 21 al. 4 LPGA). En l'espèce, la demanderesse a perdu son aptitude à travailler comme vendeuse auprès de son employeur en raison de l'apparition d'un état dépressif incapacitant. Or, le fait que cette atteinte psychique se soit développée en raison de l'environnement professionnel inadapté et non en raison de l'activité de vendeuse en tant que telle ne change rien au fait que la demanderesse n'était plus capable de travailler en raison d'une atteinte psychique jusqu'à la résiliation de ses rapports de travail, respectivement jusqu'au 28 février 2019 selon le dernier certificat d'incapacité de travail établi par le Dr C _____ et remis à la défenderesse le 21 février 2019. La demanderesse ayant

- 10 - démissionné sans tarder afin de trouver un autre emploi, la défenderesse n'avait certes plus besoin de lui impartir un délai d'adaptation convenable, mais devait indemniser l'incapacité de travail médicalement attestée conformément aux CGA. 2.3 Il s'ensuit que la défenderesse doit octroyer à la demanderesse des indemnités journalières pour l'incapacité de travail entière médicalement attestée du 1er au 28 février 2019, avec intérêts de 5% l'an (art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA) dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1), soit le 9 novembre 2019. En effet, la demanderesse n'a pas prouvé avoir interpellé la défenderesse plus tôt (ATF 129 III 535 consid. 3.2.2 ; Jürg Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41).

3.1.1 Selon l'article 105 alinéa 2 CPC, qui renvoie à l'article 96 de cette même loi, le tribunal fixe les dépens selon le tarif. L'article 96 CPC prévoit que les cantons fixent le tarif des frais. Selon l'article 4 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar, RS/VS 173.8), les dépens comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre (al. 2) et ses frais de conseil juridique (al. 3). Les frais du conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27 et suivants de la loi, auxquelles s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 LTar). Les honoraires sont fixés entre un minimum et un maximum prévus par le présent chapitre, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique et la situation financière de la partie (art. 27 al. 1 LTar). Les honoraires sont, en

règle générale, proportionnels à la valeur litigieuse (art. 27 al. 2 LTar). Les dépens s'entendent TVA comprise (art. 27 al. 5, 1ère phrase LTar). Pour les contestations et affaires civiles de nature pécuniaire, soumises à la procédure ordinaire ou simplifiée, et tranchées en première ou unique instance, les honoraires sont fixés comme suit : pour une valeur litigieuse de 2001 à 10 000 fr., les honoraires sont fixés dans les limites de 1500 à 2500 fr. (art. 32 al. 1 LTar). 3.1.2 La demanderesse, représentée par un mandataire professionnel, qui obtient partiellement gain de cause, a dès lors droit à des dépens réduits fixés en fonction de l'issue de la procédure à charge de la défenderesse. L'activité utile de Me Beatrice Pilloud a consisté à rédiger un mémoire-demande et un mémoire-réponse, de sorte qu'en conformité des critères posés par la loi et par la jurisprudence, la Cour de céans fixe les dépens pour la présente procédure à 1600 fr. (débours et TVA inclus). 3.2 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

- 11 -

Prononce

1. La demande est partiellement admise. 2. Mutuel Assurances SA versera à X _____ des indemnités journalières pour une incapacité de travail entière du 1er au 28 février 2019, avec intérêts à 5% l'an dès le 9 novembre 2019. 3. Il n'est pas perçu de frais. 4. Mutuel Assurances SA versera à X _____ une indemnité de 1600 fr. pour ses dépens.

Sion, le 22 juin 2022

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