

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4224/2010

ATAS/411/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mai 2011

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à Carouge, comparant avec élection de Demandeur
domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

Contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise Zurichstrasse 130,
8600 Dübendorf

Défenderesse

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Luis ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le demandeur) a été employé de X_____ SA, du 1^{er} février 2000 au 30 novembre 2010, réalisant, en 2010, un salaire annuel brut de 77'870 fr. A ce titre, il était assuré auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après: l'assurance ou la défenderesse) en perte de gain à 80% pendant 730 jours, selon un contrat d'assurance soumis à la loi sur le contrat d'assurance (LCA).
2. Selon l'art. 9.3 des conditions générales d'assurance, l'assurance s'éteint si la personne quitte le cercle des assurés respectivement si les rapports de travail avec le preneur d'assurance prennent fin. S'agissant des personnes assurées qui, à la fin de l'assurance, sont frappées d'une incapacité de travail ou de gain, le droit aux prestations pour le cas en cours est maintenu dans le cadre des dispositions contractuelles (prestation complémentaire) (art. 9.4 CGA).
3. L'assuré est en incapacité de travail à 100% depuis le 12 octobre 2009 en raison d'un syndrome dépressif sévère, à la suite d'une situation de mobbing. Il a été licencié pour le 30 novembre 2010.
4. En juin 2010, l'assurance a considéré, se fondant sur l'avis de son médecin conseil, que l'assuré était apte à reprendre une activité à 100% en juillet 2010 et s'est déclarée prête à prester jusqu'au 31 octobre 2010, afin de laisser à l'assuré un délai d'adaptation de quatre mois. Le médecin conseil a en particulier estimé qu'une fois l'assuré licencié, il devait être capable de se réorienter, ce qui pouvait accélérer la guérison.
5. A la suite de l'hospitalisation de l'assuré, signalée par courrier du 20 octobre 2010 à l'assurance, celle-ci a maintenu sa position, exposant toutefois qu'elle était disposée à verser ses prestations jusqu'au 30 novembre 2010, date de la fin du contrat de travail.
6. Le 6 novembre 2010, l'assuré a été à nouveau hospitalisé, en milieu psychiatrique.
7. Par demande en paiement déposée le 13 décembre 2010 au greffe du Tribunal des assurances sociales, l'assuré a demandé que l'assurance soit condamnée à lui verser les indemnités journalières de 170 fr. 65 à partir du 1^{er} décembre 2010.

Invitée à se déterminer, l'assurance a indiqué qu'elle n'avait appris qu'à la lecture de la demande que son assuré avait été hospitalisé en septembre 2010, puis à nouveau depuis le 6 novembre 2010. Ces informations modifiaient "évidemment" sa position, précisant que si elle en avait disposé avant le dépôt de la demande, celle-ci n'aurait pas été nécessaire. Elle sollicitait ainsi la suspension de la procédure jusqu'à ce que les parties aient trouvé un accord ou jusqu'à première requête des parties. En cas de refus, l'assurance requerrait un délai pour répondre au fond.

Le demandeur s'est opposé à la suspension. Il avait informé l'assurance, en octobre 2010, de son hospitalisation; celle-ci n'avait pas modifié sa position, ni même cherché à le faire examiner. Il se trouvait dans une situation financière précaire et ne pouvait consentir à une suspension.

Le greffe a invité l'assurance à se déterminer, jusqu'au 22 février 2011, sur le courrier du demandeur. Sans réponse de la part de l'assureur, un nouveau délai lui a été fixé au 15 mars 2011. Dans un courrier du 22 mars 2011, précisant que la suspension ne pouvait être accordée, la Chambre des assurances sociales a impartit un ultime délai au 5 avril 2011 à l'assurance pour lui faire parvenir sa réponse et son dossier. Il était indiqué que passé ce délai, il était statué en l'état.

L'assurance ne s'est pas manifestée dans ce délai, de sorte que la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la LCA (RS 221.229.1). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010; cf. aussi art. 7 CPC). Sa compétence fonctionnelle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

La Cour est également compétente à raison du lieu (art. 9 al. 1 aLFors - applicable lors du dépôt de la demande - auquel renvoie l'art. 46a LCA; art. 38 CGA), compte tenu du domicile du demandeur dans le canton de Genève. Enfin, la demande répond aux exigences de forme posées par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative (LPA).

La demande est donc recevable.

2. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, comme en l'espèce, 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). Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves. La procédure est gratuite et le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie des frais (art. 85 al. 2 et 3 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, LSA, dans sa teneur en vigueur au moment du dépôt de la demande).

En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Partant, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance souscrite par son employeur, le demandeur dispose de la légitimation active pour agir à l'encontre de la défenderesse.

- 3.a) Le litige porte sur la question de savoir si le demandeur - qui a reçu des indemnités journalières versées par la défenderesse en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 12 octobre 2009 - a droit à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2010. En particulier, il sera examiné si la défenderesse était en droit de mettre fin au versement des prestations à compter du 1er décembre 2009 au motif que le demandeur avait recouvré sa capacité de travail depuis le mois de juillet 2010, d'une part, et que, d'autre part, son contrat de travail avait été résilié pour le 30 novembre 2010.
- b) La loi fédérale sur le contrat d'assurance 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 p. 186). Selon les CGA applicable in casu, est considérée comme incapacité de travail toute perte 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 (art. 3.4). L'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré d'incapacité de travail (art. 12.1 CGA). L'indemnité journalière est calculée en divisant le salaire annuel par 365, respectivement 366 dans les années bissextiles (art. 21). L'assurance s'éteint si la personne quitte le cercle des assurés, respectivement si les rapports de travail avec le preneur d'assurance prennent fin (art. 9.3). S'agissant toutefois des personnes assurées qui, à la fin de l'assurance, sont frappées d'une incapacité de travail ou de gain, le droit aux prestations pour le cas en cours est maintenu dans le cadre des dispositions contractuelles (prestation complémentaire) (art. 9.4).

Lorsque l'assureur d'indemnités journalières estime que l'incapacité de travail a pris fin, à l'issue d'une période durant laquelle il a reconnu le droit de l'assuré à ses prestations, on peut attendre de lui qu'il en donne avis à l'assuré et qu'il prolonge le service des indemnités pendant le délai a priori nécessaire à une reprise effective de l'activité. Des délais allant de trois à cinq mois ont été considérées comme adéquats (ATF 4A_111/2010 consid. 3.1; 9_546/2007 consid. 3.4)

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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. (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).

- c) En l'espèce, les certificats médicaux produits concordent sur le fait qu'en juillet 2010, l'assuré était toujours incapable de travailler à 100%. Le 5 juillet 2010, le Dr L_____ a attesté de cette incapacité. En octobre 2010, celle-ci perdurait. L'attestation du Dr M_____ du 28 octobre 2010 retient, en effet, une incapacité totale; ce médecin ne pouvait alors se prononcer sur le moment auquel une capacité de travail, même partielle, était envisageable. Le Dr N_____, psychiatre, a confirmé le 11 novembre 2010 l'incapacité de travail à 100% et indiqué que le patient était hospitalisé depuis le 6 novembre 2010. Les éventuelles démarches de réinsertion au travail au travers de l'AI devaient être repoussées à début 2011. Partant, il sera retenu qu'il est établi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le demandeur était toujours en incapacité de travail le 1er décembre 2010. L'assurance ne semble d'ailleurs pas le contester puisqu'elle a reconnu que si elle avait été en possession de ces éléments, elle aurait adopté une autre attitude. L'avis inverse de son médecin conseil sera écarté, dès lors qu'il est formellement contredit tant par les constatations unanimes des trois médecins précités que par les faits de la cause, l'état de santé du demandeur s'étant péjoré au point de nécessiter son hospitalisation en milieu psychiatrique.

Par ailleurs, la fin des rapports de travail n'est pas de nature à justifier le refus de prester de l'assureur. En effet, les CGA prévoient expressément la couverture du cas lorsque l'assuré, à la fin de l'assurance, était frappé d'une incapacité de travail ou de gain (art. 9.4). La demande est ainsi fondée en son principe.

Le salaire annuel s'élevant à 77'870 fr. et l'année 2010 n'ayant pas été une année bissextile, l'indemnité journalière se monte à 170 fr. 65 (77'870 fr. : 365 jours x 80%). L'assurance sera condamnée à verser ce montant à titre d'indemnité journalière dès le 1^{er} décembre 2010. Son obligation ne prendra fin que lorsque la durée de 730 jours sera écoulée ou si le demandeur aura recouvré une capacité de travail, même partielle, et qu'un temps adéquat d'adaptation lui aura été décompté.

4. Le demandeur obtenant gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 de la LPA).

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Condamne HELSANA ASSURANCES SA à verser à Monsieur A_____ l'indemnité journalière de 170 fr. 65 dès le 1^{er} décembre 2010, dans les limites contractuelles.
3. Condamne HELSANA ASSURANCES SA à verser Monsieur A_____ la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses honoraires.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le