

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2480/2024

ATAS/709/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 19 septembre 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

représenté par Me Raphaël ROUX, avocat

demandeur

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCE GMA SA

défenderesse

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) est employé de la société B_____ depuis 2011 comme plaquiste et est assuré dans ce cadre par un contrat de perte de gain collectif auprès de GROUPE MUTUEL ASSURANCE GMA SA (ci-après : l'assureur ou l'assurance).
- b.** L'assuré, souffrant de dépression et de trouble anxieux, a été en incapacité de travail pour cause de maladie du 17 mars au 29 juin 2023, puis du 7 juillet au 1^{er} novembre 2023.
- c.** À la demande de l'assureur, l'assuré a été examiné par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans un rapport du 17 août 2023, a conclu à un épisode dépressif d'intensité modérée sans symptômes somatiques ou psychotiques et attaques de panique au décours d'un trouble dépressif entraînant une totale incapacité de travail. Selon lui, les limitations fonctionnelles, chez l'assuré, étaient significatives dans certains domaines, parfois sévères pour l'exercice de son métier. L'expert préconisait un nouveau traitement médicamenteux et estimait que l'assuré pourrait reprendre son travail à plein temps six semaines après la mise en place dudit traitement.
- d.** Se basant sur les conclusions de l'expert, l'assureur, par courrier du 6 septembre 2023, a informé l'assuré qu'il mettrait un terme au versement de ses prestations le 31 octobre 2023 au plus tard.
- e.** L'assuré a été à nouveau en arrêt de travail à compter du 9 novembre 2023.
- f.** Informé de cette rechute, le médecin-conseil de l'assureur, dans un bref avis du 10 novembre 2023, a estimé que les faits amenés par le docteur D_____, médecin-traitant, dans un certificat médical du 8 novembre 2023 (non versé au dossier) étaient suffisants pour admettre une rechute et la prolongation de l'incapacité de travail. Cela étant, le médecin-conseil a noté que les recommandations de l'expert ne semblaient pas avoir été suivies, l'assuré continuant le même antidépresseur qu'auparavant, malgré les effets secondaires constatés. Il préconisait un complément d'expertise.
- g.** Le Dr C_____, interpellé par l'assureur, a noté que les seuls éléments médicaux objectivables étaient l'absence de prise en compte de ses recommandations thérapeutiques, l'assuré ayant continué à prendre un traitement dont l'efficacité et la tolérance étaient médiocres. Dans ces conditions, l'aggravation de son état était donc inéluctable et hautement vraisemblable. La reprise du travail s'avérait délicate. L'expert préconisait une fois encore un changement de traitement et suggérait, si cette prescription n'était pas suivie, une limitation des prestations. En revanche, l'atteinte à la santé lui paraissait indiscutable et ouvrant droit à des prestations (cf. avis du 10 décembre 2023).

h. L'assuré a été informé par l'assureur par courrier du 12 décembre 2023. À cette occasion, son obligation de diminuer le dommage lui a été rappelée, en lui précisant qu'à défaut, les prestations pourraient lui être refusées.

i. Le 30 avril 2024, l'assuré a informé son employeur qu'il tenterait une nouvelle fois de reprendre le travail le 14 mai 2024.

j. À son retour en entreprise, l'assuré a été immédiatement convoqué par son employeur qui l'a informé qu'il l'avait fait suivre par un détective privé, lequel avait constaté qu'il avait travaillé pour une autre entreprise. L'employeur considérait qu'il y avait dès lors eu une rupture du lien de confiance justifiant un licenciement avec effet immédiat, lequel a été dûment signifié à l'assuré.

k. Informée de la situation par l'employeur, l'assurance a cessé le versement des indemnités journalières le même jour, soit le 14 mai 2024.

l. Par courrier du 2 juillet 2024, l'assureur a informé l'assuré qu'il avait été observé, en dates des 19, 22 et 26 avril 2024, en habits de travail, sur un chantier autre que celui de son ex-employeur, alors même que, durant cette période, il avait continué à fournir à l'assureur des certificats médicaux d'incapacité de travail à 100%. L'assureur a indiqué à l'assuré qu'il résiliait la couverture d'assurance avec effet au 17 mars 2023 et qu'il avait l'intention de lui réclamer le montant des prestations qu'il estimait lui avoir versées à tort, pour un total de CHF 70'996.25.

m. Le 3 juillet 2024, le docteur E_____, médecin généraliste à F_____, a attesté que l'assuré l'avait consulté le même jour pour un syndrome dépressif grave (avec deux tentatives de suicide durant l'année écoulée) et des troubles du sommeil. Il ajoutait : « Les conseils médicaux de sortir trouver une occupation afin d'éviter le repli anxieux ont été suivi par le patient, qui est allé aider son beau-frère. Malheureusement, cela lui aurait porté préjudice vis-à-vis de son employeur » (sic).

n. Le 8 juillet 2024, l'assuré, par le biais de son épouse, a reconnu avoir accompagné son beau-frère sur un chantier, mais allégué que c'était seulement à des fins thérapeutiques, pour se sortir de son isolement, induit par un état dépressif sévère avec tendances suicidaires.

o. Par courrier du 15 juillet 2024, l'assureur a confirmé sa position.

B. a. Le 23 juillet 2024, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une action en paiement à l'encontre de l'assureur. Préalablement, à titre de mesures provisionnelles, il sollicite que les indemnités journalières continuent à lui être versées au-delà du 14 mai 2024, principalement, à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser le montant de CHF 19'687.30 à titre de solde d'indemnités journalières avec intérêts à 5% dès le 14 octobre 2023, avec suite de frais et dépens.

En substance, le demandeur allègue que, s'il a accompagné son beau-frère sur des chantiers, c'était juste pour une aide ponctuelle, à titre de « mesure

thérapeutique », afin de sortir de son isolement. Cela lui avait été conseillé par un professionnel de la santé, ce dont il a apporté la preuve.

Il souligne que la décision de l'assureur de stopper l'octroi d'indemnités journalières l'a plongé dans une situation de précarité financière ainsi que dans une profonde dépression et l'a remis dans l'incapacité totale de travailler. Cela étant, il a néanmoins pu obtenir de l'assurance-invalidité une mesure professionnelle de quelques heures par mois à compter du 15 juillet 2024, qui lui permet de bénéficier d'indemnités journalières dès cette date.

Quant au fond, le demandeur fait valoir que l'atteinte à sa santé et son incapacité de travail ont été confirmées par l'expert psychiatre mandaté par l'assureur lui-même et reproche à ce dernier d'avoir cessé le versement des prestations sans aucun avis médical, sur la base des seuls « soupçons découlant d'observations illicites et inexploitable » faites par son employeur.

Il explique qu'il ne dispose d'aucun revenu, ni fortune, qu'il a dû contracter des dettes, ce qui lui cause un préjudice difficilement réparable. En tout état de cause, il fait valoir que l'assureur aurait dû continuer à lui verser des indemnités journalières au moins jusqu'à la communication de sa « décision ». Il argue que son intérêt à préserver sa santé mentale et à subvenir aux besoins de sa famille l'emportent sur l'intérêt économique de l'assurance.

À l'appui de sa demande, l'assuré produit notamment une « attestation sur l'honneur » rédigée par son beau-frère, Monsieur G_____, qui y allègue qu'après avoir trouvé l'assuré sur le point de se pendre dans son garage, il l'a incité à l'accompagner sur le chantier d'une maison à bâtir pour « penser à autre chose ». Dans un premier temps, il l'avait simplement accompagné pour discuter, mais, petit à petit, il avait ressenti le besoin de se rendre utile et il avait finalement « bricolé », avec l'accord préalable de son médecin, tout cela dans le but de se sentir mieux.

b. Par écriture du 4 septembre 2024, le demandeur a produit un extrait de ses comptes bancaires ayant pour objectif de documenter la précarité de sa situation et a, pour le surplus, fait grief à la défenderesse de persister à lui adresser des demandes de remboursement, malgré la procédure en cours.

c. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 10 septembre 2024, a conclu au rejet de la demande et a déposé une demande reconventionnelle en remboursement du montant de CHF 70'996.25 + intérêts à 5%. Elle demande au surplus que soit constatée la « témérité du recours » (sic).

d. En outre, par écriture du 12 septembre 2024, la défenderesse a conclu au rejet de la demande en mesures provisionnelles. Elle fait valoir que le demandeur n'a aucune prétention à faire valoir à son encontre, bien au contraire, puisqu'il devrait lui restituer les montants qui lui ont été versés à tort. En effet, elle considère que, dans le but de l'induire en erreur, le demandeur a dissimulé des faits qui auraient

exclu ou restreint ses obligations envers lui, de sorte qu'elle n'est plus liée par le contrat.

e. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie "en droit" du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 7 du code de procédure civile 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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), 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) , à l'application de laquelle l'art. 3.3 des conditions générales d'assurance (édition 2022 ; ci-après : CGA) renvoie du reste.

Sa compétence *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Par ailleurs, s'agissant du for, selon l'art. 43 CGA, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit ont le choix entre le lieu de domicile, celui du siège de l'assureur, ou encore le lieu de travail en Suisse.

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie également *ratione loci*.

1.3 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).

1.4 En vertu de l'art. 243 al. 2 let. 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 LAMal.

2. Le demandeur ayant sollicité l'octroi de mesures provisionnelles, il convient de statuer sur incident.

2.1 Aux termes de l'art. 261 al. 1 CPC, le tribunal ordonne les mesures provisionnelles nécessaires lorsque le requérant rend vraisemblable qu'une prétention dont il est titulaire remplit les conditions suivantes :

- elle est l'objet d'une atteinte ou risque de l'être (let. a) ;
- cette atteinte risque de lui causer un préjudice difficilement réparable (let. b).

L'art. 262 CPC précise que le tribunal peut ordonner toute mesure provisionnelle propre à prévenir ou à faire cesser le préjudice, notamment, les mesures suivantes :

- interdiction (let. a) ;
- ordre de cessation d'un état de fait illicite (let. b) ;
- ordre donné à une autorité qui tient un registre ou à un tiers (let. c) ;
- fourniture d'une prestation en nature (let. d) ;
- versement d'une prestation en argent, lorsque la loi le prévoit (let. e).

Comme première condition d'application de l'art. 261 CPC, le requérant doit rendre vraisemblable que le droit matériel invoqué existe et que le procès a des chances de succès (François BOHNET, in Commentaire romand, CPC, 2019, n. 7 ad art. 261 CPC). Un fait est rendu vraisemblable si le juge, en se basant sur des éléments objectifs, a l'impression que le fait invoqué s'est produit, sans pour autant devoir exclure la possibilité qu'il ait pu se dérouler autrement ; le juge peut en outre se limiter à un examen sommaire des questions de droit (ATF 139 III 86 consid. 4.2 et les arrêts cités).

Les autres conditions sont la vraisemblance d'une atteinte ou du risque d'atteinte, ainsi que la vraisemblance d'un risque de préjudice difficilement réparable, lequel suppose l'urgence (François BOHNET, op. cit., n. 10 ss ad art. 261 CPC). Le dommage difficilement réparable de l'art. 261 al. 1 let. b CPC est principalement de nature factuelle ; il concerne tout préjudice, patrimonial ou immatériel et peut même résulter du seul écoulement du temps pendant le procès. Le dommage est constitué, pour celui qui requiert les mesures provisionnelles, par le fait que, sans celles-ci, il serait lésé dans sa position juridique de fond et, pour celui qui recourt contre le prononcé de telles mesures, par les conséquences matérielles qu'elles engendrent (ATF 138 III 378 consid. 6.3).

2.2 En l'espèce, en l'absence de décision, s'agissant d'un domaine régi par la LCA, la question de la restitution de l'effet suspensif à un recours ou une demande n'est pas pertinente. En revanche, la question de l'octroi de mesures provisionnelles, par le biais d'une condamnation de la défenderesse à poursuivre le versement des prestations dues selon le contrat d'assurance, se pose.

En substance, le demandeur, à l'appui de sa demande de mesures provisionnelles, invoque la situation financière difficile dans laquelle l'a plongé l'arrêt du versement des prestations d'assurance, voit dans le fait qu'il ait été obligé de s'endetter le caractère irréparable du dommage qu'il allègue. Quant au fond, le demandeur se réfère à la jurisprudence selon laquelle un rapport de surveillance ne constitue pas à lui seul un fondement sûr pour constater des faits relatifs à l'état de santé ou à la capacité de travail d'une personne assurée, mais peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions (arrêt 4A_273/2018 du 11 juin 2019 consid. 3.2.3.2). Il soutient par ailleurs qu'en

l'occurrence, la surveillance dont il a fait l'objet était illicite. Il fait en outre remarquer que l'expert psychiatre auquel la défenderesse a donné mandat de l'examiner a confirmé une totale incapacité de travail. Enfin, il estime avoir démontré que c'est sur conseil médical qu'il a repris une activité à titre thérapeutique.

On rappellera que, selon l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En l'absence de disposition spéciale contraire, l'art. 8 CC répartit le fardeau de la preuve et détermine quelle partie doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 129 III 18 consid. 2.6 p. 24). Cette disposition confère également un droit à la preuve, à la condition qu'il s'agisse d'établir un fait pertinent (cf. art. 150 al. 1 CPC). Le droit à la preuve n'accorde pas le droit à des mesures probatoires déterminées (ATF 127 III 519 consid. 2a p. 522), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d p. 25). Il ne permet pas de remettre en question l'appréciation des preuves effectuée par le juge (ATF 130 III 591 consid. 5.4 p. 602), ni de critiquer son appréciation quant à l'aptitude d'un moyen de preuve à démontrer un fait pertinent (ATF 122 III 219 consid. 3c p. 223). Il n'exclut pas l'appréciation anticipée des preuves (ATF 143 III 297 consid. 9.3.2 p. 332; 138 III 374 consid. 4.3.2 p. 376).

En l'occurrence, il convient avant tout d'examiner si, *prima facie*, le demandeur rend vraisemblable que le droit matériel invoqué existe et si son action a des chances de succès.

A priori, le caractère illicite de la surveillance dont l'assuré a fait l'objet par son employeur n'est pas évident, dans la mesure où cette surveillance avait pour objet de déterminer l'aptitude de l'employé à remplir son emploi (art. 328b de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse [CO, Code des obligations - RS 220]).

Cela étant, le rapport de surveillance n'a pas été versé au dossier par la défenderesse. Celle-ci se contente d'alléguer que l'assuré a été vu durant trois jours, en avril 2024, se rendant sur un chantier en tenue de travail, sans produire aucun document à l'appui des dites allégations.

Qui plus est, en règle générale, les résultats d'une surveillance doivent en principe faire l'objet d'une évaluation médicale, ce qui n'a pas été fait en l'occurrence, la défenderesse n'ayant manifestement soumis le rapport de surveillance ni à son médecin-conseil, ni à l'expert C_____ et ce, alors même que le demandeur a produit une attestation du Dr E_____ et une autre de sa psychologue (cf. attestation du 9 juillet 2024), qui, tous deux, continuent à mentionner un état dépressif avec limitations fonctionnelles.

Ainsi, force est de constater qu'en l'occurrence, non seulement l'exigence d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation – qui a pour objectif d'éviter

une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (arrêt 4A_273/2018 du 11 juin 2019 consid. 3.2.3.2 ; 9C_483/2018 du 21 novembre 2018 consid. 4.1.2 ; MARGIT MOSER-SZELESS, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, in RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152) – n’a pas été respectée, mais qui plus est, le rapport de surveillance sur lequel la défenderesse base toute son argumentation fait totalement défaut. Dans ces conditions, la Cour est dans l’incapacité d’apprécier la portée du produit d’une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (arrêt 8C_779/2012 précité consid. 2.3; MOSER-SZELESS, op. cit., p. 153).

Dans la mesure où les résultats de la surveillance dont l’assuré a fait l’objet n’ont pas été soumis à un médecin qui aurait pu évaluer si les activités de l’assuré, visibles sur les prises de vue ou rapportées par le détective privé, étaient cohérentes par rapport au degré d’incapacité de travail allégué, il n’y a d’autre choix que de se fonder sur les documents médicaux remontant à la période litigieuse, qui, bien que brièvement motivés, confirment la persistance de l’atteinte à la santé.

Dans de telles conditions, en l’état du dossier, le bien-fondé de la cessation immédiate, par la défenderesse du versement de ses prestations apparaît pour le moins douteux, alors que, *prima facie*, la prétention du demandeur à voir la défenderesse continuer le versement de ses prestations au-delà du 14 mai 2024 paraît avoir certaines chances de succès, même si on peut douter que ce droit ne lui soit reconnu dès le 14 mai 2024 – date à laquelle il s’estimait lui-même en position de reprendre le travail, puisqu’il s’est présenté chez son employeur – mais plus tard, s’il arrive à démontrer qu’il a fait l’objet d’une nouvelle rechute suite aux circonstances.

Cela étant, encore faut-il que le demandeur rende vraisemblable un dommage et le fait que celui-ci serait difficilement réparable. Un tel dommage est constitué, pour celui qui requiert les mesures provisionnelles, par le fait que, sans celles-ci, il serait lésé dans sa position juridique de fond. Tel n’est cependant pas le cas du demandeur. Si, à l’issue du procès au fond, il obtient gain de cause, les prestations lui seront versées, certes, *a posteriori*, mais avec les intérêts moratoires y relatifs.

Il ressort de ce qui précède que, toutes les conditions n’étant pas réunies, la requête en mesures provisionnelles du demandeur doit être rejetée.

2.3 Les conclusions incidentes doivent dès lors être rejetées. 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).

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

Statuant sur incident

1. Rejette la requête de mesures provisionnelles.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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