

GE_GERICHTE ATAS/1110/2016 vom 22. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1110_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1110/2016 du 22 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1110/2016 del 22 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

a. 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). L'assurance en cause dans le litige déféré à la Chambre de céans est une assurance perte de gain en cas de maladie soumise à la LCA, comme cela ressort de la police d'assurance conclue par les parties. La compétence à raison de la matière de la Chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 33 des conditions générales de l'assurance couverture collective d'indemnité journalière maladie selon la LCA, édition 2011 (ci-après : les CGA), prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Une telle élection de for est admissible en vertu de l'art. 17 CPC, auquel renvoie implicitement l'art. 46a LCA. c. Selon l'art. 14 al. 1 CPC, une demande reconventionnelle peut être formée au for de l'action principale lorsqu'elle est dans une relation de connexité avec la demande principale. d. Le demandeur étant domicilié à Genève, la Chambre de céans est compétente à raison du lieu pour statuer sur la demande principale. Elle l'est également à l'égard de la demande reconventionnelle, dès lors qu'un lien de connexité entre celle-ci et la demande principale doit être admis. e. Pour le reste, la demande principale du 24 septembre 2014 et la demande reconventionnelle du 5 janvier 2016 respectent les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, et les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC. Elles seront donc déclarées recevables.

A/2893/2014 - 10/20 -

E. 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). Tel est le cas à Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011).

E. 3

Au vu des conclusions de la demande principale, le litige porte sur le droit du demandeur à l'indemnité journalière à 50% du 11 novembre au 13 décembre 2013, et à 100% du 14 décembre 2013 au 27 janvier 2014 et du 7 février au 15 juin 2014, étant précisé que le demandeur a repris une activité professionnelle le 16 juin 2014.

E. 4

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). 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 (ATF 125 III 231 consid. 4a). 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). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

A/2893/2014 - 11/20 - Toujours sous l'angle de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). 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_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

E. 5

a. En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d ; 127 III 248 consid. 3a, 519 consid. 2a). b. Jusqu'à l'arrêt 4A_178/2015 du 11 septembre 2015, partiellement publié aux ATF 141 III 433 et traduit in SJ 2016 I 162, le Tribunal fédéral était d'avis que rien ne justifiait de ne pas se référer au principe de libre appréciation

des preuves – applicable lorsqu’il s’agit de se prononcer sur des prestations en matière d’assurance sociale – lorsque, comme en l’espèce, une prétention découlant d’une assurance complémentaire à l’assurance sociale était en jeu. Selon ce principe, 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 que soit leur 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 que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d’un rapport médical, l’élément déterminant n’est ni son origine ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). c. Dans l’arrêt 4A_178/2015 précité, le Tribunal fédéral est revenu partiellement sur ces principes en refusant d’admettre l’expertise privée en tant que moyen de preuve au sens de l’art. 168 al. 1 CPC de manière générale et pas seulement comme expertise au sens de l’art. 168 al. 1 let. d CPC (cf. consid. 2.5.3) En procédure civile, une expertise privée ne constitue par conséquent pas un moyen de preuve et la jurisprudence valant en droit des assurances sociales (ATF 125 V 351) n’est pas applicable au CPC. Il convient cependant de ne pas perdre de vue que seules les allégations de fait qui sont expressément contestées doivent être prouvées. Les contestations doivent être suffisamment précises pour déterminer, parmi les allégations du demandeur, celles qui sont contestées (ATF 117 II 113 consid. 2) ; la contestation doit, conformément à son but, être précise, afin que la partie adverse

A/2893/2014 - 12/20 - sache quelles sont les allégations de fait qu’elle doit prouver (ATF 115 II 1 consid. 4). Le degré de motivation d’une allégation influe sur le degré nécessaire de motivation de la contestation ; plus les différents faits allégués par une partie dans son état de fait global sont détaillés, plus la partie adverse doit expliquer concrètement quels faits elle conteste. En d’autres termes, plus l’exposé d’une partie est détaillé, plus les exigences de motivation de la contestation sont élevées. Ces exigences sont certes moins grandes que celles posées en matière d’allégation (cf. ATF 117 II 113 consid. 2 ; Hans-Peter WALTER, in Berner Kommentar, 2012, n. 2014 ad art. 8 CC ; Jürgen BRÖNIMANN, in Berner Kommentar, 2012, n. 15 ad art. 150 CPC); toutefois, une contestation en bloc ne suffit pas. Une prise de position claire sur l’exactitude d’une allégation particulière et concrète de la partie adverse est exigée (Hans-Peter WALTER, op. cit., n. 191 ad art. 8 CC). d. L’arrêt 4A_178/2015 reste cependant muet sur les conséquences de la « rupture » avec la jurisprudence valant en droit des assurances sociales (ATF 125 V 351) sur les autres types de rapports médicaux. e. Les titres (art. 168 let. b CPC) sont des documents, tels les écrits, les dessins [...] les fichiers électroniques et les données analogues propres à prouver des faits pertinents (art. 177 CPC). Même si un certificat médical constitue un titre selon certains auteurs (Heinrich Andreas MÜLLER, op. cit., n. 9 ad art. 177 CPC ; contra : Oliver KÄLIN, Das Arzteugnis als Beweismittel bei arbeitsrechtlichen Streitigkeiten, in PCEF 2006 p. 335, 337, pour qui il s’agit de simples allégations d’une partie), le Tribunal fédéral est d’avis que sous l’angle de sa portée probatoire, un tel document ne diffère pas d’une expertise privée (ATF 140 III 24 consid. 3.3.3). En effet, il paraîtrait incohérent de considérer que lorsqu’une partie prend l’initiative de produire à la fois un certificat médical et un rapport d’expertise privée, on admette qu’il s’agit d’un moyen de preuve pour le premier et d’une allégation pour le second, ce à plus forte raison qu’un certificat se

distingue principalement d'une expertise privée (le plus souvent du moins) par son absence de motivation (Oliver KÄLIN, op. cit. p. 337). En conséquence, sous l'empire de la jurisprudence inaugurée par l'arrêt 4A_178/2015, la partie qui produit un certificat de son médecin traitant à l'appui d'une incapacité de travail alléguée ne produit pas de moyen de preuve, elle ne fait que remplir son « devoir de substantification » (Substanziierungspflicht), c'est-à-dire préciser son allégation de manière suffisante pour permettre ensuite sa preuve et/ou sa contre-preuve. Dans son sens étroit, la charge de substantification doit permettre la preuve et la contre-preuve, soit une détermination suffisamment claire de la partie adverse lui permettant de déterminer quelle part du fait est contestée et quelle autre part est le cas échéant admise, de façon à fixer l'étendue de l'instruction probatoire. Lorsqu'une partie a rempli ce devoir en produisant un certificat médical, une contestation toute générale de la part de la partie adverse ne suffit pas. En d'autres termes : si cette dernière ne conteste pas ledit certificat de façon détaillée et motivée, l'incapacité de travail alléguée est réputée non contestée. Dans l'hypothèse inverse, le demandeur qui a produit le

A/2893/2014 - 13/20 - certificat médical a toujours la possibilité de solliciter l'audition de l'auteur du certificat en qualité de témoin, de sorte que c'est le témoignage de ce dernier qui devient moyen de preuve (Oliver KÄLIN, op. cit. p. 338-339).

E. 6

Enfin, sous l'angle procédural, l'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse.

E. 7

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). Conformément à l'art. 1 des CGA, l'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie ou de l'accident (...). Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité de travail (art. 3 ch. 1 CGA). A teneur de l'art. 3 ch. 5 des 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'indemnité journalière est versée à partir de 50 % d'incapacité de travail proportionnellement au degré de celle-ci (art. 8 du contrat-cadre SG/SSE). L'indemnité journalière est versée pendant 720 jours dans une période de 900 jours, sous déduction du délai d'attente. Sont imputés sur cette durée les jours pendant lesquels les assurés ont perçu des indemnités journalières d'un éventuel assureur précédent (art. 9 du contrat-cadre SG/SSE et police d'assurance du 16 août 2013).

E. 8

À titre liminaire, il convient de rappeler ce qui suit. La défenderesse a versé des indemnités journalières à 100% du 1er mai 2013 au

E. 10

En l'espèce, même si l'on devait admettre que la sommation satisfaisait aux conditions strictes permettant une suspension de la couverture d'assurance - ce qui paraît douteux dès lors qu'elle invite le demandeur à payer la prime en souffrance dans les 14 jours, soit jusqu'au 7 février 2014, tandis que le bulletin de versement qui l'accompagne mentionne un délai au 17 février 2014 (arrêt du Tribunal fédéral 5C.258/2001 du 8 mai 2002 consid. 2 dd) - cette suspension n'autoriserait pas la défenderesse à refuser le versement des indemnités journalières au demandeur. En effet, selon la jurisprudence et la doctrine précédemment citées, la défenderesse ne pourrait se soustraire à l'obligation de verser des prestations que si le sinistre était survenu après le délai de mise en demeure. En revanche, elle ne saurait se prévaloir d'une suspension de la couverture d'assurance pour faire obstacle au

A/2893/2014 - 16/20 - versement de prestations nées d'un événement assuré survenu avant la suspension alléguée. Or, il est constant que l'incapacité de travail du demandeur – autrement dit l'événement assuré ouvrant droit aux prestations de la part de la défenderesse – est née au plus tard le 28 janvier 2014, ce que cette dernière a admis par actes concluants accordant des indemnités journalières dès cette date. Cette incapacité est donc antérieure à la suspension de la couverture d'assurance et ce, que l'on considère que la suspension débute à la date invoquée par la défenderesse, soit dès le 7 février 2014 (le 14ème jour suivant la sommation du 24 janvier 2014), ou au lendemain du terme fixé dans le bulletin de versement, soit dès le 18 février 2014. Il appert ainsi que l'événement assuré est antérieur à la suspension de couverture alléguée dès le 7 février 2014, laquelle ne pouvait dès lors être invoquée par la défenderesse pour mettre fin aux indemnités journalières.

E. 11

Il convient à présent de déterminer la durée pendant laquelle des indemnités doivent être versées et partant, la capacité de travail du demandeur. a. Dès le 28 janvier 2014, la défenderesse a reconnu au demandeur une incapacité de travail totale et lui a versé des indemnités journalières en se fondant sur des rapports des Drs I_____ et E_____, attestant notamment de cervico-brachialgies intenses irradiant vers les trapèzes, le bras droit et le dos de la main droite. La défenderesse a ensuite mis fin aux indemnités dès le 7 février 2014, en excipant d'une suspension de la couverture d'assurance. Toutefois, comme on l'a vu, la défenderesse n'était pas en droit de mettre fin aux indemnités journalières en relation avec la suspension de couverture invoquée (cf. supra consid. 10). b. Pour le reste et sous l'angle médical, la Chambre de céans constate que le demandeur a produit, à l'appui de l'incapacité de travail persistante dont il se prévaut, des rapports concordants des Drs I_____ et E_____, ainsi que des certificats d'incapacité de travail à 100% de ce même médecin, couvrant toute la période du 1er décembre 2013 au 30 juin 2014 pour laquelle il conclut au paiement d'indemnités journalières. L'atteinte cervicale qu'il invoque paraît au demeurant corroborée par le bilan IRM du Dr N_____ du 31 janvier 2014, qui témoigne notamment de discopathies étagées de C3 à C7 et d'une uncarthrose. La défenderesse, de son côté, se borne à affirmer que les cervico-brachialgies n'ont pas entraîné d'incapacité de travail antérieurement au 28 janvier 2014, date à laquelle le demandeur a consulté le Dr I_____. En revanche, elle ne soutient pas dans ses écritures que, postérieurement au 28 janvier 2014, les cervico-brachialgies auraient disparu ou que le demandeur aurait recouvré sa pleine capacité de travail. La défenderesse ne conteste donc pas, en tout cas de manière intelligible, le fait que le demandeur soit demeuré totalement incapable de travailler au-delà

du 6 février 2014 et jusqu'au 15 juin 2014, comme il le prétend. Etant donné que la persistance d'une incapacité de travail du 7 février au 15 juin 2014 n'est pas contestée, elle n'a

A/2893/2014 - 17/20 - pas à être prouvée (art. 150 al. 1 CPC), de sorte que le demandeur peut en principe prétendre aux indemnités journalières pendant cette période. À titre superfétatoire, on relèvera que même si la défenderesse soutenait, pour étayer son refus de verser des indemnités journalières au-delà du 6 février 2014, que le demandeur avait récupéré sa pleine capacité de travail - ce qui ne ressort toutefois pas de ses écritures - il lui appartiendrait de le démontrer, conformément au principe jurisprudentiel selon lequel le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant un droit incombe à la partie qui invoque la perte de ce droit (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références ; ATF 130 III 321 consid. 3.1). Or, même si telle était l'argumentation de la défenderesse, il faudrait relever qu'elle n'apporte pas la moindre preuve susceptible de démontrer un amendement des cervico-brachialgies ou de l'incapacité de travail entre le 7 février et le 15 juin 2014. Aucun rapport au dossier ne permet d'ailleurs d'étayer une telle hypothèse, étant précisé que l'on ne peut notamment rien tirer en ce sens du rapport établi sur dossier par le Dr F_____ en juin 2013 ou de l'expertise psychiatrique du Dr H_____. Partant, même si l'on devait considérer que la question de la persistance d'une incapacité de travail au-delà du 6 février 2014 était contestée, la défenderesse supporterait quoi qu'il en soit les conséquences du défaut de preuve relatif à sa disparition. c. Reste à examiner si le demandeur subissait déjà une incapacité de travail résultant de cervico-brachialgies entre le 11 novembre 2013 et le 27 janvier 2014, comme il l'affirme. La Chambre de céans constate que le Dr E_____ a certifié une incapacité de travail totale dès le 1er décembre 2013 et que dans son rapport du 30 janvier 2014, il a indiqué que des cervico-brachialgies bilatérales intenses étaient apparues « depuis quelques temps ». Quant au Dr I_____, il n'a certes été consulté que le 28 janvier 2014, comme le relève la défenderesse, mais il relate dans son rapport que le demandeur souffrait déjà de cervicalgies « exacerbées » avant que celui-ci ne tente de reprendre le travail en avril 2013. De « très fortes douleurs cervicales » sont également mentionnées par l'assuré dans son courrier du 27 novembre 2013, tandis qu'un rapport antérieur des HUG de janvier 2013 mentionne également des douleurs de même nature. Au vu de ce qui précède, la Chambre de céans s'en tiendra à la date mentionnée dans le premier certificat de travail du Dr E_____, soit le 1er décembre 2013, pour fixer le début de l'incapacité de travail résultant des cervico-brachialgies. Il ne paraît pas impossible que cette atteinte ait déjà entraîné une incapacité de travail en novembre 2013, mais cela n'est pas démontré au degré de vraisemblance requis.

E. 12

En définitive, la Chambre de céans retiendra, au degré la vraisemblance prépondérante, que le demandeur a été totalement incapable de travailler du 1er décembre 2013 au 15 juin 2014, soit pendant 197 jours. Il a donc droit au versement d'indemnités journalières à 100% pendant la période correspondante.

A/2893/2014 - 18/20 - L'indemnité journalière - dont le montant n'est pas contesté - s'élève à CHF 151.-, de sorte que le demandeur peut prétendre au versement d'un montant de CHF 29'747.- au total (197 x CHF 151.-). Dans la mesure où la défenderesse a déjà versé au demandeur des indemnités à hauteur de CHF 5'511.50 (cf. chargé défenderesse, pièces 35 et 36), cette dernière sera condamnée à lui verser le solde, soit CHF 24'235.50 (29'747 - 5'511.50). Pour le surplus, on relèvera que des intérêts moratoires ne peuvent être accordés

au demandeur, puisque celui-ci n'y conclut pas et que l'art. 58 al. 1 CPC n'autorise pas la Chambre de céans à statuer ultra petita.

E. 13

Enfin, il convient d'examiner la demande reconventionnelle que la défenderesse a formée dans le cadre de sa réponse. a. Selon l'art. 224 al. 1 CPC, le défendeur peut déposer une demande reconventionnelle dans la réponse si la prétention qu'il invoque est soumise à la même procédure que la demande principale. La demande reconventionnelle est une demande indépendante dans le cadre d'un autre procès. Elle n'est ni un moyen d'attaque, ni une défense, mais une demande au même titre que la demande principale, une contre-attaque à l'attaque, par laquelle le défendeur poursuit un but indépendant, en soulevant une prétention indépendante, non comprise dans la demande principale (ATF 123 III 35 c. 3c ; JdT 1997 I 322). b. L'art. 28 al. 4 des CGA de la défenderesse prévoit que l'assureur intervient subsidiairement pour la part de perte de gain ou de salaire non-couvert par un assureur social, et ceci dans les limites des prestations prévues dans la police. Selon l'art. 29 des CGA, les prestations de l'assureur ou leur concours avec celles d'autres assureurs, y-compris les assurances sociales telles qu'AI, la LAPG, LAA et LPP ne doivent pas entraîner de surindemnisation des assurés. La surindemnisation, à savoir la part de l'indemnité journalière versée supérieure aux prestations prévues dans la police, doit être remboursée à l'assureur. c. L'intérêt moratoire n'est dû que depuis le début de la demeure, c'est-à-dire le jour suivant la réception de l'interpellation du débiteur - cas échéant le lendemain de la notification au débiteur de la demande en justice ou du commandement de payer (Luc THEVENOZ, in Commentaire romand, Code des obligations I, ad art. 104 CO, n. 9, p. 621). d. En l'espèce, la défenderesse a intégré à sa réponse une demande reconventionnelle tendant au remboursement par le demandeur de CHF 8'607.55 avec intérêts à 5%. Elle a exposé que cette somme correspondait aux indemnités journalières qu'elle lui a versées du 1er mai au 26 juin 2013, alors que la perte de gain du demandeur était déjà couverte par des indemnités journalières de la SUVA.

A/2893/2014 - 19/20 - Dans sa réplique, le demandeur a accepté de restituer le montant de CHF 8'607.55 et reconnu que, du 1er mai au 26 juin 2013, il a bénéficié simultanément des indemnités journalières de la défenderesse et de celles de la SUVA. La prétention en remboursement de la défenderesse n'étant pas contestée, le demandeur sera condamné à lui verser la somme de CHF 8'607.55, avec intérêts à 5% l'an à compter du 6 janvier 2015, date du dépôt de la demande reconventionnelle. Enfin, on relèvera incidemment que, conformément à l'art. 30 al. 2 des CGA, le demandeur ne peut pas invoquer la compensation pour éteindre sa dette de CHF 8'607.55 envers la défenderesse.

E. 14

Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Le demandeur, qui est représenté par une avocate, obtient partiellement gain de cause, de sorte que la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de CHF 3'300.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 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]; art. 84 et 85 du RTFMC), au vu de la valeur litigieuse. La défenderesse ne peut prétendre à une indemnité

de dépens, les conditions exceptionnelles permettant l'octroi de dépens à une partie non représentée par un avocat n'étant pas réalisées (ATF 125 II 518 consid. 5b ; 110 V 72 consid. 7). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/2893/2014 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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