

GE_GERICHTE ATAS/1176/2019 vom 18. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1176_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1176/2019 du 18 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1176/2019 del 18 dicembre 2019

Erwägungen

E. 31

Le 24 septembre 2019, le demandeur a encore produit des pièces à la procédure, et notamment : - un rapport d'hospitalisation du 12 au 14 mars 2019 établi par le Dr J_____ pour une arthroscopie de la hanche droite du demandeur. Les suites opératoires étaient marquées par un bon contrôle de la douleur avec des médicaments. - un protocole opératoire établi par le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie viscérale, générale et traumatologie, du 8 mai 2019 indiquant être intervenu pour une cure de hernies inguinales et bilatérales par endoscopie avec excision des deux tumeurs sous-cutanées.

A/836/2017 - 15/25 - - un rapport établi le 16 mai 2019 par le Dr K_____ suite à une IRM de la hanche gauche du 16 mai 2019 pour un bilan de conflit fémoro-acétabulaire avant une possible intervention chirurgicale. Il y avait un quasi détachement du labrum supéro-latéral et une déchirure du labrum antérieur à la limite avec le labrum antéro-supérieur. Un comblement modéré de la jonction cervico- céphalique fémorale antéro-supérieure et supéro-latérale pouvant prédisposer à un conflit fémoro-acétabulaire de type CAM.

E. 32

Lors d'une audience devant la chambre de céans du 2 octobre 2019 : a. Le demandeur a déclaré : « Je confirme les conclusions de ma demande complémentaire s'agissant de la période du 21 novembre 2016 au 31 décembre 2016, sans contester avoir été indemnisé à 100% durant cette période pour une autre maladie. S'agissant de B_____ Sàrl, ma mère s'occupait du secrétariat, mon père, Monsieur P_____ s'occupait à 100% des devis et des rendez-vous avec des clients et moi à 50%. Principalement, je m'occupais de l'atelier et des chantiers. Mon père venait juste donner les bons à l'atelier mais n'y travaillait pas ni aux chantiers contrairement à moi et aux ouvriers. Il y avait cinq ou six ouvriers en 2014. J'ai des problèmes de hernie discale depuis longtemps, une dizaine d'années, que je soignais par des injections et qui ne m'empêchaient pas de travailler sur les chantiers. J'étais à l'arrêt une à deux fois par année pendant dix jours. Suite à mon accident de ski en 2015, mes problèmes se sont aggravés. Mes médecins se sont focalisés sur le dos sans comprendre ce que j'avais. Je ne pouvais plus du tout travailler ni conduire. Ils ont même pensé à des problèmes psychologiques. Neuf mois plus tard, le Dr H_____ a diagnostiqué un problème de hanche. J'ai passé neuf mois à Beau- Séjour quatre heures par jour pour une thérapie pour la douleur. J'ai été opéré le 26 août 2019 de la hanche gauche en raison du fait que j'ai mis le poids pendant quatre ans sur la jambe gauche. De ce fait, j'ai déchiré le ménisque. Je vais devoir être également opéré du ménisque. J'ai déjà été opéré en janvier 2018 de la hanche droite. J'ai eu des problèmes psychologiques en raison des suites de mon état de santé. En effet, mon état de santé varie fréquemment et je ne me sens régulièrement pas bien. Globalement mon état s'améliore. Je peux marcher, mais je ne peux pas être assis ou debout très longtemps. J'ai un suivi psychothérapeutique avec une psychologue. Actuellement je

vais mieux sur le plan psychique. Je vais juste voir la psychologue "pour me défouler". Je confirme que la coxalgie a été en aggravation depuis 2017 conformément à ce qu'a dit la Dresse L_____, soit au moment où j'ai recommencé à me remettre debout et à mettre du poids sur mes jambes, sur la jambe gauche surtout. De novembre 2015 à novembre 2016, j'ai été beaucoup couché, en tout cas jusqu'à ma sortie de Beau-Séjour en mai-juin 2016. Le Dr G_____ est mon médecin généraliste. Comme les autres médecins qui m'ont vu au début, il n'a pas vu que j'avais un problème de hanche, mais s'est focalisé sur le dos car j'avais une douleur située sur le côté du dos. J'ai été traité pour une sciatique en même temps que pour la lombalgie. J'ai eu trois luxations à la hanche droite, devant, au-milieu et derrière qui ont eu lieu au moment de ma chute. À partir de là,

A/836/2017 - 16/25 - ma vie a changé. Je ne travaille plus du tout depuis l'accident. J'ai essayé, à un moment donné, sur le plan administratif mais cela n'a pas été possible car je ne pouvais pas rester assis. J'ai comme une barre qui se met dans le bas du dos. Ce n'est pas extrêmement douloureux mais cela me tend et me rend nerveux. Après avoir eu cette douleur, je dois rester deux - trois jours couché. J'ai dû appeler SOS Médecins plus de vingt fois. J'ai essayé pendant un mois de retravailler mais ensuite j'ai arrêté. Même quand je suivais le programme de Beau-Séjour, je devais aussi appeler SOS Médecins pour des douleurs. Je suis père de deux enfants. À l'heure actuelle, je fais des séances de rééducation et physiothérapie. Je vais voir ma psychologue et je m'occupe de mes enfants. Par moment, je ne peux même pas marcher, ni même laver la vaisselle. Il m'arrive de la laver. Le matin je peux faire des activités aller notamment à la Migros et à mes rendez-vous médicaux et autres et je fais de grosses siestes entre 13h et 17h qui sont notamment dues aux médicaments que je prends pour la douleur et au fait que je dors mal la nuit. Je me lève la nuit toutes les trois heures pour marcher, fumer. Je prends des relaxants pour les muscles mais pas de somnifères. À l'heure actuelle, il me serait impossible de travailler quelle que soit l'activité. J'ai un problème avec le nerf d'Arnold (névralgie d'Arnold) qui me cause des douleurs dans le haut du dos et l'omoplate et des migraines. J'ai été infiltré deux fois avec un bon effet, plusieurs mois sans douleur. Cela n'est pas un énorme problème pour le moment si cela n'augmente pas. Quand le Dr H_____ a établi son rapport du 15 novembre 2016, il n'avait pas encore pris conscience de l'importance de mes problèmes à la hanche. Je conteste en conséquence les conclusions de ce rapport. En fait celui qui a vraiment l'ampleur de mes problèmes c'était le chirurgien, le Dr J_____. C'est ce dernier qui me suit à l'heure actuelle. Je ne vois plus le Dr H_____. Je vois également encore la Dresse L_____ et le Dr G_____ ainsi que Mme S_____, ma psychologue, sur délégation du Dr I_____. La procédure AI est en cours depuis août 2015. Tant que je dois encore subir des opérations, mon cas n'est pas instruit. Je suis à l'Hospice général depuis février de l'année passée ». b. Le conseil du demandeur a conclu à l'audition des Drs J_____, L_____ et G_____ et de Mme S_____. c. La défenderesse a persisté dans sa position.

E. 33

Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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), 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).

A/836/2017 - 17/25 - Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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 1er 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 une personne physique/les personnes morales, le for est celui de son domicile/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. En l'occurrence, l'art. 29 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA (ci-après CGA) prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents, au choix, soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées ou des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. 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). 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). 5. La procédure (ordinaire ou simplifiée) est introduite par le dépôt de la demande (art. 220 et 219 CPC). L'objet du litige est déterminé par les conclusions de la demande et par les faits invoqués à l'appui de celle-ci, à savoir par le complexe de faits sur lequel les conclusions se fondent (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 213; 139 III 126 consid. 3.2.3 p. 131; 136 III 123 consid. 4.3.1 p. 126). La litispendance - qui, le cas échéant, intervient lors du dépôt de la requête de conciliation (cf. art. 62 CPC) - fixe l'objet du litige, mais le CPC apporte d'importantes exceptions à ce principe. À certaines conditions qui dépendront du stade du procès, les conclusions peuvent ainsi être modifiées après la création de la litispendance - avec ou sans modification de l'objet du litige - par production d'une prétention nouvelle ou amplifiée; la réduction des conclusions est toujours possible (FABIENNE HOHL, Procédure civile, tome I, 2 e éd. 2016, n° 458 p. 87, n os 560-562 p. 104). Dans la procédure au fond, entre l'échange d'écritures et les débats principaux en première instance (art. 220 ss CPC), l'art. 227 al. 1 CPC prévoit que la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et que l'une des conditions suivantes est remplie: la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a); la partie adverse

A/836/2017 - 18/25 - consent à la modification de la demande (let. b). Cette disposition s'applique à la procédure ordinaire et, par analogie, aux autres procédures, sauf disposition contraire de la loi (art. 219 CPC). 6. Les nouvelles conclusions du demandeur sont recevables dès lors qu'elles ont un lien de connexité avec les premières conclusions déposées. 7. Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières du 1er novembre 2015 au 20 novembre 2016. 8. 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). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu 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).

A/836/2017 - 19/25 - 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). 9. 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. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (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). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). 10. Selon l'art. 57 CPC, le tribunal applique le droit d'office. 11. Selon l'art. 58 al. 1 CPC, le tribunal est lié par les conclusions. Il 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.

A/836/2017 - 20/25 - 12. Selon le contrat-cadre d'assurance pour les métiers genevois du Second-Œuvre (ci- après le contrat-cadre) liant la défenderesse à l'association genevoise des entreprises de revêtements d'intérieurs notamment, la couverture d'assurance pour la maladie est de 720 jours dans une période de 900 jours, sous déduction du délai d'attente (ch. 9). L'indemnité journalière est versée à partir de 50% d'incapacité de travail proportionnellement au degré de celle-ci. Les jours pour lesquels des prestations partielles sont versées sont comptés en plein pour le calcul de la durée des prestations (ch. 8) 13. a. En l'espèce, le demandeur a requis, par demande du 8 mars 2017, que la défenderesse lui verse des indemnités journalières pour la période du 30 novembre 2015 au 20 novembre 2016 en fonction d'un taux d'incapacité variable, fixé selon l'appréciation du Dr G _____ dans ses rapports des 1er septembre et 13 décembre 2016, dans lesquels, il retenait une incapacité de travail de l'assuré de 100% du 1er novembre 2015 au 29 février 2016, 50% du 1er mars 2016 au 31 mai 2016, 40% dès le 1er juin 2016, 50% du 1er septembre au 30 septembre 2016 et 100% dès le 1er octobre 2016. Ce rapport établi le 13 avril 2016 par le Dr H _____ corrobore l'évolution de la capacité de travail retenue par le Dr G _____, dans la mesure où il évoque un important traumatisme qui a bouleversé la vie du demandeur – compatible avec une incapacité totale de travail – et qu'il indique que le demandeur travaillait sur sa musculature depuis janvier 2016, ce qui avait un rôle central – ce qui paraît cohérent avec l'amélioration de la capacité de travail attestée par le Dr G _____ dès le mois de mars 2016. Dans son rapport du 15 novembre 2016, le Dr H _____ a indiqué que la situation restait précaire avec la persistance d'une incapacité à rester longtemps dans la même position et des exacerbations intempestives. La capacité professionnelle de l'assuré était limitée à 50-60% dans le poste actuel si celui-ci pouvait alterner à loisir les positions et les activités (administratif au bureau, rendez-vous de chantiers à l'extérieur). La capacité de travail retenue par le Dr H _____ sur le plan somatique n'a pu être exploitée, dès lors que l'assuré est devenu totalement incapable de travailler dès le 21 novembre 2016, ce qui a été attesté par le Dr I _____ et n'est pas contesté par la défenderesse, qui a reversé à l'assuré des indemnités journalières dès ce jour. Le rapport établi par Dresse L _____ 14 juin 2017 indique qu'en accord avec le médecin traitant, le Dr G _____, une prise en charge multidisciplinaire avait été effectuée, courant 2016, dans le service de rhumatologie des HUG et qu'un résultat bénéfique mais transitoire, avait été rapporté après plusieurs mois d'hospitalisation, ce qui confirme également l'évolution favorable de la capacité de travail retenue par le Dr G _____ dès mars 2016. La question de la force probante des expertises

réalisées par la clinique Corela a donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 relatif au

A/836/2017 - 21/25 - retrait de l'autorisation d'exploitation, dans lequel le Tribunal fédéral retenait qu'au vu des très importants manquements dans la gestion de cette clinique et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement, une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter n'était pas disproportionnée, relevant qu'en prononçant cette sanction, l'autorité s'est limitée à trois mois de retrait, alors qu'il n'aurait pas été exclu de prendre une mesure plus contraignante. Dans un arrêt postérieur le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui avait été établie par la clinique Corela dans des circonstances qui ébranlaient de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée à cet effet et qu'il y avait donc lieu de l'écarter (ATF 144 V 258). L'expertise de la Dresse C_____, qui été élaborée dans le cadre de la clinique Corela, est dès lors sujette à caution et ne peut se voir reconnaître pleine force probante. De plus, ses conclusions ne sont pas convaincantes, dans la mesure où l'experte a retenu, le 25 juillet 2015, une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée au 10 août suivant, en tenant compte des résultats escomptés d'une infiltration qui n'avait pas encore eu lieu. Cette expertise ne remet ainsi pas sérieusement en cause l'appréciation du Dr G_____ sur la capacité de travail du demandeur pendant la période en cause. b. Le demandeur a amplifié sa demande le 6 avril 2018, faisant valoir qu'il avait été en réalité totalement incapable de travailler du 30 novembre 2015 au 20 novembre 2016, en se prévalant d'un nouveau diagnostic qui aurait été posé par le Dr J_____. Il a produit un rapport établi le 12 février 2018, dans lequel ce médecin estimait que le demandeur était déjà inapte en août 2017 pour travailler dans sa profession de responsable de chantiers et que du moment où le diagnostic avait été posé pour un conflit fémoro-acétabulaire, il ne pouvait pas travailler dans une profession nécessitant un port de charges importantes ni position assise prolongée. Ce rapport ne se prononce pas sur la capacité de travail du demandeur pendant la période couverte par sa demande, soit du 30 novembre 2015 au 20 novembre 2016. Le seul fait que le Dr J_____ ait, éventuellement, posé un nouveau diagnostic n'implique pas d'emblée que l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr G_____, sur la base d'un autre diagnostic, n'était pas valable, car cette appréciation découle des observations cliniques sur le patient et des plaintes de celui-ci. Il convient en outre de relever que le Dr H_____ avait déjà évoqué une possible pathologie coxo-fémorale droite, le 13 avril 2016 et que la Dresse L_____ avait indiqué dans un rapport du 14 juin 2017 que la problématique de coxalgies droites évocatrices d'un conflit fémoro-acétabulaire était en nette aggravation depuis quelques mois, limitant tous les déplacements du patient et ce, malgré la majoration du traitement médicamenteux antalgique. Il en résulte que l'appréciation du Dr J_____ sur la capacité de travail repose sur un état de santé de l'assuré qui a évolué depuis l'appréciation faite par le Dr G_____. Le diagnostic posé par le Dr J_____, soit le conflit fémoro-acétabulaire s'ajoute – et

A/836/2017 - 22/25 - ne se substitue pas – contrairement à ce que semble penser le demandeur – à celui de syndrome vertébral lombaire douloureux retenu par les Drs G_____ et H_____. Cela ressort du rapport établi par la Dresse L_____ le 14 juin 2017, dans lequel elle indiquait que l'assuré était suivi à sa consultation depuis le mois de juin 2015 pour une double problématique de douleurs rachidiennes lombaires et de douleurs de la hanche droite. Elle précisait que l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral

chronique sévère évoluant depuis trois ans, exacerbé à la suite d'une chute à ski survenue en janvier 2015. Il en résulte que le demandeur n'a pas rendu vraisemblable avoir été totalement incapable de travailler du 1er novembre 2015 au 20 novembre 2016, de sorte que l'amplification de sa demande doit être rejetée. Il a en revanche rendu vraisemblable les taux d'incapacité retenus dans sa première demande, à laquelle il convient de donner une suite favorable. Le demandeur a pris en compte dans sa demande une indemnité de CHF 112,91 par jour, sans explication à ce sujet, alors qu'il résulte des décomptes de la défenderesse qu'elle l'a indemnisé à hauteur de CHF 142,45 le jour. Il y a ainsi lieu de tenir compte du montant de l'indemnité journalière pris en compte par la défenderesse, sous réserve des montants requis pour les mois de juin, juillet et août 2016 (au total 92 jours), lors desquels l'incapacité de travail était de 40%, du fait que selon le ch. 8 du contrat-cadre d'assurance, l'indemnité journalière est versée à partir de 50% d'incapacité de travail proportionnellement au degré de celle-ci. Si l'on retranche les 92 jours non pris en considération de la demande d'indemnisation, celle-ci ne dépasse pas les 720 jours maximaux d'indemnisation prévus au ch. 9 du contrat-cadre d'assurance. Le demandeur a ainsi droit à : - CHF 4'273,50 correspondant à 30 jours en novembre 2015 à 100% (142,45) ; - CHF 4'415,95 correspondant à 31 jours en décembre 2015 à 100% (142,45) ; - CHF 4'415,95 correspondant à 31 jours en janvier 2016 à 100% (142,45) ; - CHF 4'131,05 correspondant à 29 jours en février 2016 à 100% (142,45) ; - CHF 2'207,97 correspondant à 31 jours en mars 2016 à 50% (71,225) ; - CHF 2'136,75 correspondant à 30 jours en avril 2016 à 50% (71,225) ; - CHF 2'207,97 correspondant à 31 jours en mai 2016 à 50% (71,225) ; - CHF 2'136,75 correspondant à 30 jours en septembre 2016 à 50% (71,225) ; - CHF 4'415,95 correspondant à 31 jours en octobre 2016 à 100% (142,45) ; - CHF 2'849.- correspondant à 20 jours en novembre 2016 à 100% (142,45). soit CHF 33'191.- au total. Ce montant est plus élevé que celui auquel le demandeur a conclu dans sa première demande (CHF 29'022,90), mais reste en dessous de celui auquel il a conclu dans sa demande amplifiée (CHF 58'958.- au total), de sorte

A/836/2017 - 23/25 - que la défenderesse peut être condamnée à le lui verser, étant rappelé que la chambre de céans est liée par les conclusions du demandeur. 14. a. Le demandeur a conclu au paiement par la défenderesse d'un intérêt à 5%. b. Selon l'art. 104 al. 1 CO, le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an, même si un taux inférieur avait été fixé pour l'intérêt conventionnel. La LCA ne contient pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO). L'intérêt moratoire est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THEVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 17 ad art. 102). À défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que 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). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a ; Rolf WEBER, Berner Kommentar, 2000, n. 102 ad art. 102 CO). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance. La LCA, qui régit les relations entre les parties, prévoit que la créance résultant du contrat d'assurance est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les

renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA). Si le délai est fixé par semaines, la dette est échue le jour qui, dans la dernière semaine, correspond par son nom au jour de la conclusion du contrat. Cette règle est également applicable si le délai court à partir d'une époque autre que celle de la conclusion du contrat (art. 77 al. 1 ch. 2 et 77 al. 2 CO). c. En l'espèce, le demandeur a droit à un intérêt de 5%, dès le lendemain de la notification de sa mise en demeure du 10 février 2017. Si l'on admet que celle-ci a été notifiée le 11 février 2017, les intérêts courent dès le 12 février 2017, sur la somme de CHF 33'191.-. 15. 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). À 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, 84 et 84 RTFMC).

A/836/2017 - 24/25 - Le demandeur, représenté par un conseil, obtient partiellement gain de cause. La défenderesse sera en conséquence condamnée à lui verser une indemnité pour des dépens de CHF 8'407.- (TVA 7.7% comprise). 16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/836/2017 - 25/25 - 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.