

GE_GERICHTE ATAS/289/2014 vom 11. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_289_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/289/2014 du 11 mars 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/289/2014 del 11 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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). Le contrat d'assurance collective d'indemnité journalière BUSINESS COMPACT, police No 2539754 étant soumis à la LCA, sa compétence ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b/aa) L'art. 90 des conditions générales de l'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA, édition 2006 (ci-après CGA) prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile (en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein). Ces élections de for sont admissibles en vertu de l'art. 17 CPC, par renvoi de l'art. 46a LCA, même si cet article n'a pas été modifié en conséquence. b/bb) Selon l'art. 132 al. 1 CPC, le tribunal fixe un délai pour la rectification des vices de forme telle que l'absence de signature ou de procuration. À défaut, l'acte n'est pas pris en considération. Toutefois, lorsque l'erreur est mineure ou ne prête pas à discussion, le juge la rectifie, d'office ou sur requête de son auteur, sans requérir de celui-ci qu'il la redresse formellement. Il en va ainsi de la désignation incomplète ou inexacte d'une partie qui ne laisse place à aucun doute (BOHNET, HALDY, JEANDIN, SCHWEIZER, TAPPY, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 24 ad art. 132 CPC et les réf. citées). En l'espèce, la demande est dirigée contre "SWICA Organisation de santé, soit pour elle sa Direction régionale à Lausanne, ayant son siège Boulevard de Grancy 39, 1001 Lausanne" en lieu et place de SWICA Assurance-maladie SA, société anonyme ayant son siège Römerstrasse 38, 8400 Winterthur (ZH). Nonobstant cette erreur de désignation, il ne fait aucun doute que la demande est en réalité dirigée contre SWICA Assurance-maladie SA qui, par ailleurs, s'est déterminée par acte du

A/809/2013 - 11/21 - 19 mars 2013 sans invoquer l'informalité en question. En conséquence, la Chambre de céans rectifiera d'office la désignation de la défenderesse. b/cc) En l'espèce, eu égard à l'art. 90 CGA, la Chambre de céans est compétente ratione loci, dans la mesure où le demandeur a son domicile à Genève. c) 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). d) Pour le surplus, la demande en paiement du 6 mars 2013 respecte les

conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable. e) La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

E. 2

Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières à 100% à partir du 1er février 2013.

E. 3

Aux termes de l'art. 61 LCA, 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 de manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). Même si l'art. 61 LCA figure parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, il 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, ATF non publié 4A_304/2012, consid. 2.2). Bien que l'art. 61 LCA soit de droit dispositif et qu'il permette aux parties d'atténuer ou d'étendre l'obligation de réduire le dommage, l'exigence d'une faute, telle qu'elle est prévue à l'alinéa 2 (« de manière inexcusable ») ne souffre aucune modification en défaveur de l'ayant droit (art. 45 al. 1 cum art. 98 LCA). Bien que la faute visée à l'art. 61 al. 2 LCA prenne pour base le comportement qu'afficherait un homme raisonnable placé dans la même situation, il n'en reste pas moins que cette disposition consacre une notion subjective de la faute. Il convient en effet de tenir compte de la situation particulière de l'ayant droit (âge, sexe, état de santé, formation, profession, etc.) et de la manière dont il réagit à l'événement dommageable (HÖNGER, SÜSSKIND in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 27-29 ad art. 61 LCA). L'assuré doit se soumettre aux mesures thérapeutiques aptes à réduire le dommage, pour autant que, selon l'expérience, il n'en résulte pas de risque pour sa vie, qu'une

A/809/2013 - 12/21 - amélioration importante de l'affection soit à attendre avec certitude ou grande vraisemblance de ces mesures, et ce que celle-ci ne provoquent pas de souffrances excessives (CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, p. 365 ad art. 61 LCA). Il sied toutefois de relever qu'en médecine, les résultats scientifiques peuvent diverger et les opinions s'opposer, de sorte que l'état de la science, considéré objectivement, peut autoriser le médecin à se décider entre plusieurs thérapies (SJ 1998 I p. 269). Le Tribunal fédéral précise que le juge n'a pas à départager les écoles médicales opposées, ni à choisir a posteriori la procédure thérapeutique la plus indiquée, ni à se déterminer à la place du médecin (ATF 120 Ib 411, JdT 1995 I 554 ; SJ 1998 I p. 269 ; CARRÉ, op. cit., p. 365 ad art. 61 LCA). 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 devoir de réduire le dommage (cf. art. 8 CC. À 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 (ATF non publié 4A_304/2012 consid. 2.3). L'assureur est également tenu de prouver que le dommage aurait pu être diminué par des mesures plus appropriées (HÖNGER, SÜSSKIND, op. cit., n. 30 ad art. 61 LCA).

E. 4

a) En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a). b) En l'espèce, la police d'assurance perte de gain maladie, valable à partir du 1er mars 2012, prévoit une indemnité journalière en cas de maladie couvrant le 100%

A/809/2013 - 13/21 - du salaire assuré, soit le salaire annuel convenu de 96'000 fr., durant 730 jours par cas sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours par cas également. Il y est précisé que les conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA, édition 2006 (ci-après CGA), sont applicables et font partie intégrante de la police d'assurance. L'art. 12 CGA dispose qu'en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, [la Caisse] verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Conformément à l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail. L'art. 16 CGA précise qu'on entend par incapacité de travail l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé, dans les limites de ce que l'on peut raisonnablement attendre de l'assuré. Aux termes de l'art. 21 CGA, l'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. Sauf arrangements contractuels contraires, le droit aux indemnités s'éteint avec l'écoulement de la durée maximum de versement des prestations dans un cas de maladie, qu'il s'agisse des cas de maladie déjà survenus ou de ceux qui surviendraient au futur. L'art. 24 CGA précise que les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations. En vertu de l'art. 25 CGA, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui [...] incombe [à la Caisse] de verser des prestations s'éteint. Selon l'art. 42 CGA, la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré : - lors de son départ de l'entreprise assurée, - à l'extinction du contrat, - lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans, - en cas de séjour hors de Suisse et de la principauté du Liechtenstein, après 24 mois, - à l'épuisement du droit aux prestations. En cas de sortie du

groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré domicilié en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein a le droit de passer dans l'assurance individuelle. Il doit pour cela faire valoir son droit de passage par écrit dans les 90 jours (art. 43 CGA).

A/809/2013 - 14/21 - Selon l'art. 54 CGA, il incombe à l'assuré, dès le début de sa maladie, de consulter un médecin dans les meilleurs délais et de veiller à recevoir un traitement adéquat. L'assuré se doit de suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant. [La Caisse] est en droit de demander qu'un examen médical ou une expertise soient pratiqués par un médecin qu'elle aura désigné. Aux termes de l'art. 56 CGA, si l'assuré se soustrait ou refuse un traitement dont on peut raisonnablement attendre de lui qu'il s'y soumette, ou à des mesures de réinsertion dans la vie professionnelle prometteuses d'une amélioration substantielle de sa capacité de gain ou d'une nouvelle possibilité de gain, ou s'il n'y participe pas de son propre chef autant que l'on peut raisonnablement attendre de lui, les prestations qui lui sont allouées pourront être passagèrement ou durablement réduites ou supprimées.

E. 5

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (ATF non publié 4A_5/2011 du 24 mars 2011, consid. 4.2). 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 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve 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 ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

A/809/2013 - 15/21 - b) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde

plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/167/2008). En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, la Cour de céans s'est écartée à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du 14 février 2006). Tel a également été le cas lorsque le rapport du médecin mis en œuvre par l'assurance recelait d'importantes contradictions qui ne permettaient pas de lui reconnaître pleine valeur probante (ATAS/1044/2013 du 29 octobre 2013).

E. 6

Suite à la survenance d'une incapacité de travail le 16 avril 2012, la défenderesse a versé des indemnités journalières au demandeur à compter de mi-mai 2012, soit à l'écoulement du délai d'attente de 30 jours. Par courrier du 19 octobre 2012, l'assuré a annoncé à la défenderesse qu'il avait mis un terme à son activité d'indépendant le 16 octobre 2012. Il a par ailleurs invité cette dernière à lui indiquer les démarches pour pouvoir « continuer dans l'assurance individuelle ». Bien que la défenderesse n'ait pas répondu à ce courrier, la question d'une continuation en assurance individuelle après le départ de l'entreprise assurée (art. 42 CGA) ne se pose pas dans le cas d'espèce. La défenderesse a en effet précisé que « s'agissant d'un contrat collectif où une seule personne est assurée et en incapacité totale de travail, un transfert en assurance individuelle n'est pas effectué [...], les indemnités journalières continuant d'être imputées au contrat collectif » (duplique du 12 juillet 2013, p. 2). Sur la base d'une incapacité de travail médicalement attestée, repassée à 100% à compter du 1er octobre 2012, la défenderesse a poursuivi le versement d'indemnités

A/809/2013 - 16/21 - journalières à 100% avant d'y mettre un terme au 31 janvier 2013, en se fondant sur le rapport du Dr C_____ du 23 novembre 2012.

L'expertise privée réalisée par le Dr C_____ comporte une anamnèse, relate les plaintes de l'assurée et se fonde sur un examen clinique au terme duquel le médecin a estimé que l'on était en présence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (ICD-10, F32.2) en phase de rémission retardée par une résistance pharmacologique de la dépression. Concernant l'amélioration prévisible, le Dr C_____ a considéré qu'une rémission significative des symptômes devait être objectivée dans les 4 à 6 semaines après l'instauration d'un traitement par venlafaxine (75 mg, 1 voire 2 cp/j en fonction de la réponse), ce nouveau traitement pouvant amener à une guérison définitive entre 6 et 8 semaines. Dans la mesure où les conclusions de ce rapport sont bien motivées, il n'y a pas lieu, en principe, de s'en écarter. Cela étant, on ne saurait apprécier la valeur probante de ce

rapport en faisant abstraction des recommandations qu'il comporte, celles-ci étant censées déboucher sur un rétablissement de la capacité de gain du demandeur.

Il sied de relever à cet égard que la Dresse B _____ a suivi les recommandations du Dr C _____ en remplaçant l'antidépresseur habituel (Cipralex®) par l'Effexor® ER 75 dès le 17 mai 2013, ce qui a provoqué des effets secondaires importants, incompatibles avec une poursuite de ce traitement. Prenant position à ce sujet, le Dr E _____ indique certes qu'il aurait fallu administrer la venlafaxine à 25 mg d'abord et augmenter le dosage progressivement, il n'en reste pas moins que cette opinion ne ressort pas du rapport du Dr C _____ qui fait précisément état de venlafaxine 75 mg à raison de 1 voire 2 cp/j en fonction de la réponse (cf. page 19 du rapport d'expertise). Dans la mesure où les recommandations du rapport du 23 novembre 2012, réputées décisives pour un retour à une pleine capacité de gain, ont été rigoureusement appliquées par la Dresse B _____, on ne saurait suivre les conclusions du Dr C _____ en tant qu'elles mentionnent une capacité de travail de 50% avec un rendement de 100% à partir du 26 novembre 2012, puis à 100%, en temps et en rendement, dès le 24 décembre 2012. Il ressort en effet des pièces versées au dossier que l'incapacité de travail complète du demandeur était encore d'actualité le 30 juin 2013 (cf. pièce 25 dem.). À la lumière de ces éléments, il apparaît que l'expertise privée confiée au Dr C _____ est entachée d'une erreur essentielle relative à l'évolution prévisible de l'incapacité de travail du demandeur, de sorte qu'on ne saurait lui reconnaître de valeur probante. Partant, la défenderesse ne saurait se fonder sur ce rapport pour refuser l'octroi d'indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2013.

E. 7

Il reste à examiner les autres arguments invoqués par la défenderesse pour s'opposer aux prétentions du demandeur. Selon la défenderesse, il ressort des déclarations du Dr E _____ que la Dresse B _____ n'a pas dispensé un traitement correct au demandeur et n'a pas observé

A/809/2013 - 17/21 - les protocoles de soins régissant la profession (contrôles deux à quatre semaines après l'introduction d'un traitement et modification du dosage ou du produit le cas échéant). Ces arguments n'emportent pas la conviction de la Chambre de céans. En effet, les appréciations critiques du Dr E _____ au sujet du traitement prodigué par la Dresse B _____ ne sont pas de nature à prouver qu'un processus thérapeutique, qui aurait reçu la pleine approbation des Drs E _____ et C _____, aurait permis au demandeur de recouvrer plus rapidement une pleine capacité de travail, ce d'autant que les appréciations de ces deux représentants de la CLINIQUE CORELA divergent sur la question du dosage de la venlafaxine et que l'expert désigné, dont les recommandations n'ont pas produit l'effet escompté, a nuancé sa position dans son rapport complémentaire du 3 avril 2013 en indiquant qu'il convenait de comprendre son pronostic « au conditionnel », vu la résistance de l'état dépressif. Il sied par ailleurs de rappeler que le juge n'a pas à départager les écoles médicales opposées, ni à choisir a posteriori la procédure thérapeutique la plus indiquée, ni à se déterminer à la place du médecin (cf. consid. 3 supra). De plus, dans la mesure où seule une violation fautive de l'obligation de réduire le dommage peut prêter à conséquence pour un assuré (cf. consid. 3 supra), on ne saurait faire grief au demandeur, teinturier de son état, de n'avoir pas spontanément adapté le processus thérapeutique suivi. Soutenir le contraire reviendrait à lui reprocher de n'avoir pas anticipé les critiques, au demeurant assez diffuses, du Dr E _____ au sujet des soins prodigués par la Dresse B _____, étant souligné que cela aurait mis le demandeur en contradiction avec les prescriptions de cette dernière et, par

voie de conséquence, avec l'art. 54 CGA. En définitive, il y a lieu d'admettre que le demandeur a pleinement satisfait aux obligations découlant des art. 54 et 56 CGA en consultant une spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapeute, en suivant les prescriptions de cette dernière – ce qui n'est pas contesté, en particulier par le Dr C_____ – et en se soumettant à l'expertise voulue par la défenderesse. Enfin, en tant que la défenderesse entend subordonner le versement de ses prestations à l'existence de taux sériques se situant dans la fourchette thérapeutique, une telle mesure ne saurait déployer d'effets que pour l'avenir. Plus précisément, une mise en demeure écrite avertissant le demandeur des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable devra lui avoir été adressée au préalable, étant précisé que des traitements présentant un danger pour la vie ou pour la santé ne pourront être exigés du demandeur (cf. art. 21 al. 4 LPGA, applicable par analogie en matière d'assurances privées; ATF non publié 4A_111/2010 du 12 juillet 2010, consid. 3.1 et les références citées).

E. 8

Selon la défenderesse, il y aurait lieu de suspendre la présente procédure jusqu'à la décision de l'assurance-invalidité. En l'espèce, l'expertise confiée au Dr D_____ par l'OAI n'a pas encore été rendue à ce jour, de sorte que la requête

A/809/2013 - 18/21 - de la défenderesse aurait des effets excessivement dilatoires sur le cours de la présente procédure et, partant, des conséquences sévères pour le demandeur qui est privé d'indemnités journalières depuis le 1er février 2013. Par ailleurs, dans l'éventualité où l'OAI octroierait au demandeur des prestations d'assurance- invalidité sur une période coïncidant avec les indemnités journalières versées par la défenderesse, cette dernière aurait la faculté d'exiger le remboursement des prestations versées en trop auprès du demandeur lui-même ou auprès de l'assureur débiteur de la rente (cf. art. 28 CGA). La Chambre de céans estime en conséquence qu'il n'y a pas lieu de suspendre la présente procédure.

E. 9

Force est donc de constater que l'incapacité de travail complète du demandeur s'est maintenue au-delà du 31 janvier 2013. Cela étant, en l'absence de certificats portant sur la période postérieure au 30 juin 2013, la Chambre de céans ne saurait astreindre la défenderesse à verser des indemnités journalières au-delà de cette date. Par conséquent, elle sera condamnée à verser au demandeur les indemnités journalières correspondant à la période du 1er février 2013 au 30 juin 2013, soit 150 indemnités à 263 fr./ jour représentant un total de 39'450 fr. Ce montant reste dans les limites de la couverture d'assurance, la durée maximale de 730 jours arrivant à échéance le 15 avril 2014.

E. 10

Le demandeur réclame également le paiement d'intérêts moratoires. 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). Étant donné que les CGA de l'assureur ne stipulent aucun terme de paiement pour les indemnités journalières, il convient d'admettre que la créance est exigible quatre semaines après réception des renseignements nécessaires conformément à l'art. 41 LCA (ATF non publié 5C.177/2005 du 25 février 2006, consid. 6.2). Cela étant, pour qu'une créance d'assurance produise des intérêts moratoires, il ne suffit pas qu'elle soit exigible. Encore faut-il que

l'assureur soit en demeure, en principe à la suite d'une interpellation au sens de l'art. 102 al. 1 CO (Jürg NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 20 ad art. 41 LCA et les références) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7). Il y a lieu de souligner qu'un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance. La demeure ne déploie alors ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102, consid. 1a; Rolf WEBER, Berner Kommentar, 2000, n. 102 ad art. 102 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a). En l'espèce, le demandeur a manifesté sa volonté de percevoir les indemnités journalières dues pour la période postérieure au 31 janvier 2013 par le dépôt de sa

A/809/2013 - 19/21 - demande en paiement le 7 mars 2013. Transmise à la défenderesse le jour même, l'on peut considérer qu'elle a été reçue le lendemain, soit le 8 mars 2013. S'agissant des certificats permettant à la défenderesse de se convaincre du bien-fondé du droit du demandeur aux indemnités journalières des mois de février, mars, avril, mai et juin 2013, la défenderesse les a reçus le lendemain des consultations auprès du Dr A_____, soit les 6 février, 1er mars, 3 avril, 23 avril et 3 mai 2013. En conséquence, les indemnités dues respectivement pour février, mars, avril, mai et juin étaient échues quatre semaines après réception des certificats correspondants, soit les 6 mars, 29 mars, 1er mai, 21 mai et 31 mai 2013. En l'occurrence, les indemnités journalières dues pour février 2013 représentent 7'364 fr. (28 x 263 fr.) qui portent intérêts à 5% dès le lendemain de la réception de la demande en justice, soit le 9 mars 2013. Les indemnités dues pour mars représentent 8'153 fr. (31 x 263 fr.) avec intérêts à 5% dès le 29 mars 2013, celles dues pour avril s'élèvent à 7'890 fr. (30 x 263 fr.) avec intérêts à 5% dès le 1er mai 2013, celles dues pour mai représentent 8'153 fr. (31 x 263 fr.) avec intérêts à 5% dès le 21 mai 2013. Enfin, celles dues pour juin s'élèvent à 7'890 fr. (30 x 263 fr.) avec intérêts à 5% dès le 31 mai 2013.

E. 11

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 ; RS E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Le demandeur, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC ; art. 20 à 23 de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/809/2013 - 20/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant Préalablement :

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