

GE_GERICHTE ATAS/570/2013 vom 5. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_570_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/570/2013 du 5 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/570/2013 del 5 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

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). L'assurance en cause est une assurance perte de gain en cas de maladie. L'indemnité journalière en cas de perte de gain est prévue dans le catalogue de l'assurance maladie facultative de sorte qu'il existe un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106 consid. f), partant il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie. Selon l'art. G3 des conditions contractuelles (édition 2007) d'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie (ci-après : CCA), le contrat est régi par la LCA. La compétence de la Cour de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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; 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).

E. 3

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. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En vertu de l'art. G17 CCA, les assurés ont la possibilité d'agir en justice à leur lieu de travail. En l'espèce, le siège de l'employeur est à Genève de sorte que la Cour de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 4

Le litige concerne le droit du demandeur à une indemnité journalière du 1er mars 2011 au 1er juin 2012, notamment la question de savoir si la couverture d'assurance a été reprise par un autre assureur à partir du 1er décembre 2011.

E. 5

L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, le

demandeur était couvert contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui

A/1086/2012 - 10/21 - confère un droit propre au bénéficiaire (i.e. le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (ATF non publié 4A_179/2007 du 12 septembre 2007, consid. 4.2). Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse (cf. ATF non publié 5C.42/2005 du 21 avril 2005, consid. 3).

E. 6

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (ATF non publié 5C.263/2000 du 6 mars 2001, consid. 4a).

E. 7

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 Cour 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. 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 (ATF non publié 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

E. 10

En deuxième lieu, il convient de déterminer si l'incapacité de gain admise par la défenderesse jusqu'au 30 novembre 2011 était encore en cours du 1er décembre 2011 au 1er juin 2012. Le demandeur conteste la valeur probante de l'expertise du Dr C _____ du 25 novembre 2011 concluant à une capacité de travail entière dès le 1er décembre 2011 alors que la défenderesse considère que ladite expertise a une pleine valeur probante. Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux (ATF non publié 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ce qui compte à cet égard, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées,

A/1086/2012 - 13/21 - qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF non publié 4A_412/2010 du 27 septembre 2010, consid. 3.1). 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 (ATA/143/1999). Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par le rapport de l'expert, qu'il doit apprécier en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. S'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 129 I 49 consid. 4; ATF 128 I 81 consid. 2; ATF 122 V 157 consid. 1c). De tels motifs déterminants existent notamment lorsque l'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination ultérieure de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 52 consid. 2; ATF 101 Ib 405 consid. 3b/aa; ATF 101 IV 129 consid. 3a in fine; ATF non publié 4D_8/2008 du 31 mars 2008, consid. 3.2.1).

E. 11

En l'espèce, l'expertise du Dr C _____ du 25 octobre 2011 repose sur un examen clinique ainsi qu'une anamnèse et mentionne les plaintes du demandeur. En outre, elle est motivée puisque ce spécialiste explique pourquoi il a considéré que les troubles de l'adaptation étaient en rémission prononcée. En effet, lors de son examen, la mémoire à court terme n'apparaissait plus défaillante et il n'a constaté ni troubles cognitifs, ni troubles des fonctions intellectuelles ainsi que du cours de la pensée. S'agissant de la capacité de travail dans la profession exercée, il a admis que l'amélioration actuelle était de nature à permettre une reprise d'activité à 100% dès le 1er décembre 2011 dans un poste adapté à l'état de convalescence actuel, soit sans charge importante de stress et de responsabilité. Ainsi que le soutient le demandeur, cette conclusion n'apparaît cependant pas cohérente, car l'activité de cuisinier est par définition stressante, le langage commun parlant de « coups de feu » en cuisine. De plus, le Dr C _____ ne donne aucune indication sur les

A/1086/2012 - 14/21 - possibilités concrètes du demandeur de pouvoir travailler dans un poste sans charge importante de stress et de responsabilité. De plus, la tentative de reprise du travail préconisée par le Dr C _____, qui a eu lieu entre le 1er décembre au soir et le 2 décembre au matin, s'est soldée par un échec, le demandeur ayant développé des crises de tétanie et des crises d'angoisse justifiant un arrêt de travail à 100% dès le 2 décembre 2011, selon le rapport du Dr B _____ du 6 décembre 2011. La tentative de reprise du travail accomplie du 2 au 9 mars 2012 s'est également soldée par un échec puisqu'elle a déclenché des crises de tétanie et une forte perturbation du sommeil ainsi que cela ressort du rapport du Dr B _____ du 9 mars 2012. Par conséquent, ces échecs confirment que les conclusions du Dr C _____ quant à la capacité de travail exigible n'étaient pas réalistes au vu des troubles psychiques dont souffre l'assuré et du type d'activité qu'il exerce. Son rapport ne revêt ainsi pas pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Pour sa part, la défenderesse considère que les rapports du Dr B _____ n'ont pas de valeur probante car ils émanent du médecin traitant. Certes, l'opinion du médecin traitant doit être examinée avec circonspection (ATF 124 I 170 consid. 4; plus sommairement: ATF 125 V 351 consid. 2b/cc). Toutefois, un rapport du médecin traitant peut avoir valeur probante s'il remplit les conditions posées par la jurisprudence. En effet, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. En l'espèce, les rapports du Dr B _____ des 6 décembre 2011, 9 mars et 17 septembre 2012 précisent que les tentatives de reprise du travail ont provoqué des crises de tétanie et d'angoisse avec spasmes coronariens ainsi que des troubles importants du sommeil en mars 2012. Ils expliquent qu'au vu de cette situation ainsi que de l'état dépressif sévère et des troubles cognitifs, la capacité de travail est nulle. Ces rapports, bien que brefs, reposent sur une anamnèse et un examen ainsi que sur les plaintes du demandeur. Ils contiennent des éléments objectifs et sont suffisamment motivés pour permettre de comprendre pourquoi le Dr B _____ justifie une incapacité de travail. La crédibilité de l'avis de ce psychiatre est renforcée par le fait que celui-ci s'est entretenu une fois par semaine avec le demandeur au-delà du 24 octobre 2011 (date de l'examen de l'assuré par l'expert) dans le cadre de sa psychothérapie hebdomadaire et a donc établi la persistance du syndrome dépressif sur la base d'une observation clinique (ATF non publié 4A 412/2010 du 27 septembre 2010, consid. 3.3). Le rapport de la Dresse F _____ du 8 octobre 2012 concernant l'hospitalisation psychiatrique du demandeur du 13 septembre au 5 octobre 2012 ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais objective des troubles cognitifs sous forme de troubles mnésiques ainsi qu'une problématique anxieuse de premier plan. Ce médecin confirme le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent posé par le

A/1086/2012 - 15/21 - Dr B _____ en expliquant qu'il a été décompensé dans un contexte de conflit avec l'employeur. Ce rapport repose sur une anamnèse, un suivi du demandeur pendant trois semaines ainsi que sur un examen effectué par une neuropsychologue, le 24 septembre 2012, qui a permis d'objectiver des troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs présents au moins depuis septembre 2011. En définitive, la Cour de céans considère que ces rapports du Dr B _____ et de la Dresse F _____ ont une pleine valeur probante. Ces rapports concordants confirment l'épisode dépressif majeur, les troubles cognitifs et la problématique anxieuse existant au moins depuis septembre 2011 et, au vu de cette situation, une incapacité de travail de 100% dans l'activité de cuisinier du 1er décembre 2011 au 1er juin 2012 au moins. Quant au projet de décision de l'OAI refusant l'octroi d'une rente d'invalidité, il repose exclusivement sur le rapport

d'expertise du Dr C _____ du 25 octobre 2011 dont les conclusions ne sont pas retenues par la Cour de céans, Par conséquent, ce refus, qui n'a pas encore été confirmé par décision, ne saurait avoir une incidence sur la reconnaissance d'une incapacité de travail du 1er décembre 2011 au 1er juin 2012 au moins.

E. 12

La défenderesse soutient que les troubles qui se sont manifestés en décembre 2011, à savoir des douleurs thoraciques, sont survenus postérieurement à la sortie du demandeur du cercle des assurés. Il ressort du rapport du Dr B _____ du 1er décembre 2011 que l'incapacité de travail attestée dès le 2 décembre 2011 est justifiée par des crises de tétanie et des crises d'angoisse déclenchées par la tentative de reprise du travail du 1er décembre 2011 et en plus par des spasmes coronariens avec trois crises de douleurs retro- sternales ayant cédé à la prise de nitrés. Par conséquent, l'incapacité de travail dès le 1er décembre 2011 est justifiée essentiellement par le syndrome dépressif majeur se manifestant par des crises d'angoisse et de tétanie, et seulement accessoirement par les spasmes coronariens qui n'étaient pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail de longue durée puisqu'ils ont cédé à la prise de nitrés. Aussi, s'agit-il des mêmes troubles psychiques que ceux qui ont justifié l'incapacité de travail à 100% du 1er mars au 30 novembre 2011 de sorte que celle-ci doit continuer à être prise en charge par la défenderesse au-delà du 30 novembre 2011 au vu de l'art. G13 CCA. En effet, lors de la résiliation du contrat de travail du demandeur avec effet au 30 novembre 2011, l'incapacité de gain était en cours au vu de l'échec de la tentative de reprise du travail.

E. 13

Dans un dernier argument, la défenderesse considère que le demandeur était au bénéfice d'une assurance perte de gain contractée par son nouvel employeur pour

A/1086/2012 - 16/21 - l'activité du 2 au 9 mars 2012, de sorte qu'il ne peut pas bénéficier de la poursuite du versement de l'indemnité journalière. Ce grief a trait à l'interprétation que fait la défenderesse de l'art. G13 CCA. Selon l'art. 33 LCA, l'assureur répond, sauf disposition contraire de la loi, de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il est de jurisprudence constante que les dispositions d'un contrat d'assurance, de même que les conditions générales qui ont été expressément incorporées, doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles. Le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leur volonté intime diverge, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance; il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances. Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime. Pour trancher cette question, le juge doit se fonder sur le contenu de la manifestation de volonté et sur les circonstances. Les circonstances déterminantes sont celles qui ont précédé ou accompagné la manifestation de volonté (ATF 131 III 377 consid. 4.2), à l'exclusion des événements postérieurs (ATF 118 II 365 consid. 1). Le sens d'un texte, apparemment clair,

n'est certes pas forcément déterminant, de sorte que l'interprétation purement littérale est prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît limpide à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les cocontractants lorsqu'il n'existe aucune raison sérieuse de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 133 III 61 consid. 2.2.1). 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 (cf. ATF 135 III 410 consid. 3.2; ATF 133 III 675 consid. 3.3). L'art. 33 LCA précise que c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter avec précision la portée de l'engagement qu'il entend prendre (ATF 133 III 675 consid. 3.3).

A/1086/2012 - 17/21 -

E. 14

a) En l'espèce, rien ne permet d'établir que les parties auraient négocié ou discuté le contenu de l'art. G13 CCA. L'art. G13 CCA prévoit, en cas de cessation de la couverture d'assurance, la poursuite du paiement de l'indemnité journalière jusqu'à la durée maximale de prestation pour une incapacité de gain en cours, sauf si la couverture d'assurance a été reprise par un autre assureur. Le but de cette disposition est de continuer à indemniser la perte de gain de l'assuré qui a débuté pendant la couverture d'assurance en lui versant intégralement les prestations conventionnelles, la limite de couverture résidant non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Il s'agit là d'une évidence dans le système de l'assurance privée, dans lequel - contrairement à ce qui se passe dans l'assurance sociale selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (cf. ATF 125 V 106 consid. 3, 112 consid. 3c) - le droit aux prestations n'est pas lié à l'affiliation, en ce sens qu'il peut perdurer après l'extinction du rapport d'assurance (cf. ATF 127 III 106 consid. 3; ATF non publié 5C.74/2002 du 7 mai 2002, consid. 4). Par conséquent, ce but est parfaitement clair et l'art. G13 CCA ne nécessite pas d'être interprété. En revanche, l'exception prévue par l'art. G13 CCA est comprise de différentes façons par le demandeur et la défenderesse. Celle-ci considère qu'elle s'applique dès qu'un assuré bénéficie de l'assurance en perte de gain de son nouvel employeur, alors que le demandeur soutient qu'elle n'intervient que s'il y a un nouveau contrat de travail et non pas une simple tentative de reprise de travail. b) En définitive, aucun élément dans l'état de fait déterminant ne conduit à dégager une volonté intime concordante des parties quant au contenu de cette exception. Il faut donc procéder à une interprétation objective selon la théorie de la confiance. L'interprétation de cette exception doit prendre en considération le but de l'art. G13 CCA qui est de continuer à indemniser le dommage survenu pendant la couverture d'assurance, la limite de couverture résidant non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Par conséquent, au vu de ce but, une simple tentative de reprise du travail avec le paiement d'un salaire pendant six jours et retenue de cotisations en perte de gain ne peut à l'évidence pas entraîner la fin de l'indemnisation de l'incapacité de gain attestée médicalement. Au demeurant, on ne voit pas comment le fait d'être couvert en perte de gain par l'assurance du nouvel employeur impliquerait la reprise de la couverture par l'assureur de celui-ci. En effet, une telle hypothèse serait contraire à l'art. 9 LCA qui prévoit que le contrat d'assurance est nul si, au

moment où il a été conclu, le sinistre est déjà survenu. Preuve en est l'art. G2 CCA qui fixe le début de la couverture d'assurance le jour où l'assuré prend son travail s'il jouit de sa pleine

A/1086/2012 - 18/21 - capacité de gain et, en cas de capacité de gain réduite, le jour où il aura recouvré sa pleine capacité de gain.

E. 15

Selon la jurisprudence, celui qui signe un texte comportant une référence expresse à des conditions générales est lié au même titre que celui qui appose sa signature sur le texte même des conditions générales, sans qu'il importe qu'il ait réellement lu les conditions générales en question (ATF 119 II 443 consid. 1a; ATF 109 II 452 consid. 4; ATF 108 II 416 consid. 1b). La validité des conditions générales d'affaires préformées doit toutefois être limitée par la règle dite de l'inhabituel, ou de l'insolite (Ungewöhnlichkeitsregel), en vertu de laquelle sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (ATF 119 II 443 consid. 1a et les références citées). Pour qu'une clause soit considérée comme insolite, il ne suffit pas que le contractant soit inexpérimenté dans la branche économique en question; il faut en plus de ce critère subjectif que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 119 II 443 consid. 1a; ATF 109 II 452 consid. 5b et les références citées). En l'espèce, si l'exception de l'art. G13 CCA devait être comprise dans le sens invoqué par la défenderesse, elle constitue manifestement une clause insolite. En effet, selon l'interprétation voulue par la défenderesse, l'assuré en incapacité de travail au moment de la cessation du rapport d'assurance collective perdrait son droit aux indemnités journalières si la couverture d'assurance était reprise par un autre assureur, laquelle ne lui donnerait droit à aucune prestation de l'autre assureur s'agissant d'un sinistre qui est déjà survenu lors de la reprise de la couverture, au vu de l'art 9 LCA. Or, en faisant une tentative de reprise du travail, le demandeur ne fait que mettre en œuvre son obligation de diminuer le dommage conformément à l'art. 61 LCA qui s'applique également à l'assurance des personnes et aux assurances de sommes, notamment à l'assurance d'indemnités journalières (ATF 138 III 799 consid. 2.2 non publié; ATF 133 III 527 consid. 3.2.1; SJ 2007 I p. 238). Par conséquent, il serait incompréhensible que, dans une telle situation, la défenderesse puisse lui opposer la reprise de la couverture par un autre assureur à moins de commettre un abus de droit. Tel ne peut pas être le sens de cette exception et le demandeur, sans expérience dans la branche des assurances, ne pouvait pas la comprendre dans ce sens. Il s'ensuit que cette exception n'est pas opposable au demandeur, qui a ainsi droit aux prestations de l'assurance collective pour l'incapacité de travail qui s'est prolongée au-delà de la période de couverture de cette assurance. Etant donné que du 16 mars 2011 au 30 novembre 2011, il a reçu 261 indemnités journalières, il n'a pas épuisé la durée maximale de 730 indemnités journalières et a encore droit à être

A/1086/2012 - 19/21 - indemnisé du 1er décembre 2011 au 1er juin 2012. Son droit à une indemnisation supplémentaire est de 184 indemnités journalières de 156 fr. 70, soit 28'832 fr. 80 sous déduction des salaires perçus pendant cette période, à savoir 150 fr. en décembre 2011 et 1'053 fr. 55 en mars 2012.

E. 16

Le demandeur requiert des mesures supplémentaires d'instruction, à savoir l'audition de son épouse, du Dr B_____ et du responsable de l'établissement la Z_____. Pour sa part, la défenderesse sollicite l'audition du Dr C_____ au cas où il serait fait droit à la requête du demandeur. Le droit à la preuve - tel qu'il découle du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (cf. ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; ATF 122 I 53 consid. 4a, 109 consid. 2a) - n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves, si celle-ci fait apparaître la preuve litigieuse comme impropre à modifier le résultat des preuves déjà administrées (ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a; ATF 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Il ne confère ainsi pas à une partie le droit d'obtenir une contre-expertise, à moins qu'il apparaisse que le premier expert ne disposait pas des connaissances nécessaires ou qu'il était manifestement prévenu, ou que ses conclusions ne soient pas claires ou pas convaincantes (ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié). Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la preuve, ATF 129 III 18 consid. 2.6 et les arrêts cités). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF non publié 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, les auditions requises s'avèrent superflues par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire émanant tant du demandeur que de la défenderesse.

E. 17

S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat 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. La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure,

A/1086/2012 - 20/21 - 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); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 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) 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). En l'espèce, pour l'incapacité de travail du 1er décembre 2011 au 31 janvier 2012, la défenderesse a reçu les justificatifs médicaux le 7, respectivement le 27 décembre 2011 et a été interpellée par le dépôt de la demande en justice qui lui a été notifiée par courrier simple du 11 avril 2012 et reçu le 16 avril 2012, de sorte que les intérêts sont dus dès le 17 avril 2012. Pour l'incapacité de travail du 1er février au 30 avril 2012, le demandeur n'a présenté des certificats médicaux justificatifs qu'avec sa

demande en justice. Partant, le délai de quatre semaines débute le 17 avril 2012 et prend fin le 14 mai 2012, de sorte que les intérêts sont dus dès le 8 mai 2012. Pour l'incapacité de travail du 1er mai au 1er juin 2012, un justificatif médical n'a été produit que le 31 mai 2012 avec l'écriture de la même date, reçue le 1er juin 2012. Ce justificatif a été communiqué à la demanderesse par courrier B du 1er juin 2012, reçu le 6 juin 2012. Le délai de quatre semaines commence ainsi à courir le 7 juin 2012 et arrive à échéance le 4 juillet 2012, de sorte que les intérêts sont dus dès le 5 juillet 2012.

E. 18

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 gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 5'000 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 16 à 21 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), s'agissant d'une affaire pécuniaire dont la valeur litigieuse se situe au-delà de 20'000 fr. et jusqu'à 40'000 fr. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/1086/2012 - 21/21 - 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.