

GE_GERICHTE ATAS/816/2025 vom 27. Oktober 2025

GE Cour de justice, 2025-10-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_816_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/816/2025 du 27 octobre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/816/2025 del 27 ottobre 2025

Erwägungen

E. 1.1

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon les CGA, le contrat est régi par la LCA (art. 10). La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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. Selon l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. Sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (art. 17 al. 1 CPC). La convention doit être passée

A/3631/2024 - 8/19 - en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (art. 17 al. 2 CPC). Aux termes de l'art. 18 CPC, sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence. En l'occurrence, l'art. 27 CGA prévoit que, pour tout litige découlant du contrat, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit aux prestations peut choisir comme for Zurich en tant que siège principal de l'assurance, le lieu de la succursale de l'assurance en relation matérielle avec le contrat, le domicile ou le siège social, en Suisse ou au Liechtenstein, à l'exclusion de tout pays étranger, du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit (let. a), l'assuré pouvant en outre choisir pour for son lieu de travail habituel (let. b). L'employeuse ayant son siège et l'assuré étant domicilié à Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 1.3

Selon la jurisprudence, les litiges que les cantons ont décidé de soumettre à une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/889/2024 du 15

novembre 2024 consid. 1.3). Cette jurisprudence a été codifiée au 1er janvier 2025, l'art. 198 let. f CPC (applicable également aux procédures en cours lors de son entrée en vigueur ; art. 407f CPC) prévoyant désormais expressément que la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges qui sont de la compétence d'une instance cantonale unique en vertu de l'art. 7 CPC. Le présent litige relevant des art. 7 CPC et 134 al. 1 let. c LOJ, il n'était pas soumis à conciliation.

E. 1.4

Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC. Elle est donc recevable.

E. 2

S'agissant de l'objet du litige, il convient de constater que le demandeur a restreint ses conclusions conformément à l'art. 227 al. 3 CPC, à la suite du versement des indemnités journalières du 13 mars au 27 novembre 2024 par la défenderesse, conformément au décompte du 10 mars 2025. Le litige ne porte désormais plus que sur le versement des indemnités journalières du 28 novembre 2024 au 4 avril 2025 et des intérêts à 5% sur les indemnités journalières du 13 mars 2024 au

E. 4

Sur le plan matériel, la LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

E. 4.1

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812).

E. 4.2

En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu avant le 1er janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 5

Le demandeur conclut au versement des indemnités journalières du 28 novembre 2024 au 4 avril 2025, affirmant que la défenderesse commettrait un abus de droit de par son comportement contradictoire en considérant qu'il aurait épuisé son droit aux indemnités journalières en raison de l'incapacité indemnisée du 13 mai au 2 octobre 2022, alors qu'elle n'aurait pas porté à sa connaissance toutes les pièces requises lors de la communication de son dossier médico-administratif.

E. 5.1

Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie à la loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 (CO, Code des obligations - RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; 122 III 118 consid. 2a ; 117 II 609 consid. 6c).

A/3631/2024 - 11/19 - La LCA 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

E. 5.2

À teneur de l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. Cette règle permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Le juge apprécie la question au regard des circonstances concrètes. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique de façon contraire à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire. L'abus de droit doit être admis restrictivement, comme l'exprime l'adjectif « manifeste » utilisé dans le texte légal (ATF 143 III 279 consid. 3.1 ; 135 III 162 consid. 3.3.1 et les arrêts cités). La règle prohibant l'abus de droit autorise certes le juge à corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Cependant, son application doit demeurer restrictive et se concilier avec la finalité, telle que le législateur l'a voulue, de la norme matérielle applicable au cas concret (ATF 107 Ia 206 consid. 3b et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 4C.33/2006 du 29 mars 2006 consid. 4.2).

E. 5.3

En l'espèce, conformément à la police d'assurance, les indemnités journalières de 90% du gain sont versées du 31^e jour au 750^e jour et, selon les CGA, l'assurance paie l'indemnité journalière pour un ou plusieurs cas de maladie réunis pendant au maximum 720 jours sur une période de 900 jours consécutifs à compter du jour de maladie. L'indemnité journalière n'est pas versée pour plus de 720 jours pour le même cas de maladie (art. 8.6 let. b variante B). En l'occurrence, la défenderesse a alloué au demandeur des indemnités journalières du 13 mai au 2 octobre 2022, soit 143 jours, puis du 19 avril 2023 au 29 février 2024, soit 317 jours et, finalement du 13 mars au 27 novembre 2024, soit 260 jours, soit un total de 720 jours. Le demandeur affirme toutefois que les indemnités journalières versées du 13 mai au 2 octobre 2022 ne devraient pas être prises en compte en raison d'un comportement contradictoire de la défenderesse, qui, lors de la remise de son dossier à la suite de la demande de son mandataire du 16 juillet 2024, n'aurait pas inclus les éléments concernant le versement des indemnités journalières du 13 mai au 2 octobre 2022. Cependant, quand bien même l'assurance reconnaît avoir transmis au mandataire du recourant le dossier no

4_____, ce qui implique que les éléments concernant

A/3631/2024 - 12/19 - les indemnités journalières versées en 2022 n'ont pas été communiqués, la défenderesse ne s'est pas engagée à verser des indemnités journalières au-delà du 27 novembre 2024 et n'a à aucun moment indiqué au demandeur qu'il aurait droit à des indemnités journalières au-delà de cette date. Par ailleurs, le demandeur a lui-même perçu les indemnités journalières du 13 mai au 2 octobre 2022, de sorte que même si les éléments relatifs à cette incapacité de travail ne lui ont pas été communiqués après la demande de son mandataire du 16 juillet 2024, il en avait lui-même connaissance. Dans ces circonstances, le demandeur ne peut se prévaloir d'un comportement contradictoire de la défenderesse et de l'interdiction de l'abus de droit pour obtenir la non-prise en compte des indemnités journalières versées en 2022 et c'est à juste titre que cette dernière a refusé le versement des indemnités journalières après le 27 novembre 2024. La prétention en versement des indemnités journalières du 27 novembre 2024 au 4 avril 2025, avec intérêts, sera partant rejetée.

E. 6

Le demandeur conclut au versement d'intérêts à 5% l'an sur les indemnités journalières versées en cours de procédure, soit du 13 mars au 27 novembre 2024.

E. 6.1

Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid 6.1). Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire ; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_16/2017 du 8 mai 2017 consid. 3.1). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (ATAS/304/2023 du 3 mai 2023 consid. 11.1 et la référence).

E. 6.2

Selon l'art. 41 LCA, 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 (al. 1). Est nulle la clause portant que la prétention n'est échue qu'après avoir été reconnue par l'entreprise d'assurance ou constatée par un jugement définitif (al. 2). En cas de sinistre, l'ayant droit doit, aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et du droit qui découle en sa faveur de l'assurance, en donner avis à l'entreprise d'assurance. Le contrat peut prévoir que cet avis sera donné par écrit (art. 38 al. 1 LCA). Si par sa faute, l'ayant droit contrevient à cette obligation, l'entreprise d'assurance a le droit de réduire l'indemnité à la somme qu'elle comporterait si la

A/3631/2024 - 13/19 - déclaration avait été faite à temps (art. 38 al. 2 LCA). L'entreprise d'assurance n'est pas liée par le contrat, si l'ayant droit a omis de faire immédiatement sa déclaration dans l'intention d'empêcher l'entreprise d'assurance de constater en temps utile les circonstances du sinistre (art. 38 al. 3 LCA). Sur la demande de l'entreprise d'assurance,

l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre (art. 39 al. 1 LCA). Il peut être convenu que l'ayant droit devra produire des pièces déterminées, notamment des certificats médicaux, à condition qu'il lui soit possible de se les procurer sans grands frais (let. a) ; que, sous peine d'être déchu de son droit aux prestations de l'assurance, l'ayant droit devra faire les communications prévues à l'art. 39 al. 1 et à l'art. 39 al. 2 ch. 1 LCA dans un délai déterminé suffisant. Ce délai court du jour où l'entreprise d'assurance a mis par écrit l'ayant droit en demeure de faire ces communications, en lui rappelant les conséquences de la demeure (let. b ; art. 39 al. 2 LCA).

E. 6.3

Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA (ATF 129 III 510 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.1 ; 4A_489/2017 du 26 mars 2018 consid. 4.3 ; 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5). Le délai de délibération de quatre semaines laissé à l'assureur ne court pas tant que l'ayant droit n'a pas suffisamment fondé sa prétention ; tel est par exemple le cas lorsque, dans l'assurance contre les accidents, l'état de santé véritable de l'ayant droit n'est pas éclairci parce que ce dernier empêche le travail des médecins (arrêt du Tribunal fédéral 4A_307/2008 du 27 novembre 2008 consid. 6.3.1). Cela étant, lorsque l'assureur conteste à tort son obligation, la créance devient exigible dès ce moment, le délai de réflexion de quatre semaines prévu par l'art. 41 LCA étant privé de sens (arrêt du Tribunal fédéral 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré, en l'absence de convention des parties, si bien qu'une interpellation est nécessaire (Marcel SÜSSKIND in Pascal GROLIMUND/Leander D. LOACKER/Anton SCHNYDER [éd.], Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2e éd., 2023, n. 31 s. ad art. 41 LCA). Du moment que l'exigibilité de la prestation d'assurance dépend des renseignements qui doivent être fournis à l'assureur, celui-ci est tenu, selon les règles de la bonne foi, de demander les éclaircissements nécessaires dans un délai convenable, faute de quoi il ne peut se prévaloir de l'art. 41 al. 1 LCA à l'égard de l'ayant droit. De même, si l'insuffisance des renseignements est imputable à l'assureur, en raison par exemple d'instructions erronées données à l'ayant droit,

A/3631/2024 - 14/19 - l'assureur ne saurait s'en prévaloir pour repousser l'exigibilité de la prétention. L'assureur doit donc avoir un comportement actif dès l'annonce du sinistre ; il ne peut se limiter à intégrer dans ses CGA un devoir de renseigner à charge de l'ayant droit. Il a ainsi été jugé, en matière d'assurance perte de gain en cas de maladie, que l'assureur aurait dû requérir d'emblée de l'assurée qu'elle se soumette à un test neuropsychologique s'il estimait celui-ci important. À défaut, l'assureur ne pouvait être suivi lorsqu'il prétendait que ce n'était qu'après avoir pris connaissance des résultats de ce test, à la suite de l'expertise judiciaire, qu'il avait pu se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assurée (Emilie CONTI MOREL in Vincent BRULHART/Ghislaine FRÉSARD-FELLY/Olivier SUBILIA [éd.], Commentaire romand, Loi sur le contrat d'assurance, 2022, n. 15 ad art. 41 et les références citées).

E. 6.4

En l'espèce, la défenderesse affirme que le demandeur ne lui aurait annoncé le sinistre qu'au moment de sa demande en paiement, que la créance n'aurait dès lors pas été exigible au moment de la demande, qu'elle a eu connaissance du rapport du Dr G_____ du 7 mai 2024 avec le recours et des notes de suivi du 13 mars 2024 de la Dre H_____ avec la réplique et qu'au vu du paiement en mars 2025, la créance n'existait plus. Il ressort néanmoins du dossier que, le 9 février 2024, le Dr D_____ avait annoncé à la défenderesse que le demandeur avait été adressé chez le psychiatre de la consultation de la douleur, le handicap douloureux semblant également avoir des répercussions psychiatriques, douleurs dont le demandeur a ensuite fait état dans son courrier du 28 février 2024 en demandant la réévaluation de son cas. Par ailleurs, le 5 avril 2024, le médecin-conseil de la défenderesse a proposé le maintien de la décision avec les réserves invoquées par l'expert, mais ceci sous réserve que le médecin traitant ou son médecin remplaçant n'arrivent pas à fournir à l'assurance des rapports de consultations spécialisées qui permettraient de retenir un nouvel élément. Par cette dernière réserve, le médecin-conseil de l'assurance recommandait la demande de tels rapports, recommandation que la défenderesse n'a pas suivie, puisqu'elle a, le 2 mai 2024, maintenu la fin des prestations au 29 février 2024 sans formuler de demande aux médecins du demandeur ou à ce dernier. Ces éléments démontrent que le volet psychiatrique a été annoncé à la défenderesse dès sa survenance, et non uniquement au moment de la demande en paiement comme elle l'affirme, et que, en dépit de l'avis de son médecin-conseil, elle n'a pas formulé de demande conformément à l'art. 39 al. 1 LCA, étant relevé qu'au moment où elle a maintenu son refus de poursuivre les prestations à fin février 2024, des éléments relatifs au volet psychiatrique étaient disponibles, au vu des notes de la Dre H_____ du 13 mars 2024. Au vu de ce qui précède et du fait que la défenderesse a reconnu le droit aux prestations du demandeur pour les atteintes au niveau psychiatrique dans le cadre de la présente procédure, il doit être retenu qu'elle a contesté à tort son obligation

A/3631/2024 - 15/19 - le 2 mai 2024, de sorte que la créance est devenue exigible dès ce moment, la demeure ayant été immédiatement réalisée, sans interpellation. Par ailleurs, pour ce qui est des indemnités journalières postérieures à cette date, dans la mesure où le demandeur conclut au versement d'intérêts à compter du dernier jour de chaque mois et que la défenderesse ne s'y est pas opposée, puisqu'elle ne s'est à aucun moment prononcée sur cette question, il convient d'admettre ces dates comme dies a quo des intérêts moratoires des créances postérieures au 2 mai 2024. Les intérêts seront dus jusqu'au 10 mars 2025, date à laquelle la défenderesse a indiqué avoir effectué le versement du montant total dû selon le décompte du même jour, sans que cela ne soit contesté par le demandeur. Par conséquent, les intérêts suivants sont dus : - intérêts à 5% sur la somme de CHF 7'765.26 (CHF 2'892.94 [indemnités journalières du 13 au 31 mars 2024] + CHF 4'567.80 [indemnités journalières d'avril 2024] + CHF 304.52 [indemnités journalières des 1er et 2 mai 2024]) du 2 mai 2024 au 10 mars 2025, soit CHF 332.18 ; - intérêts à 5% sur la somme de CHF 4'415.54 (CHF 4'720.06 – CHF 304.52 correspondant aux indemnités journalières du 3 au 31 mai 2024) du 31 mai 2024 au 10 mars 2025, soit CHF 171.72 ; - intérêts à 5% sur la somme de CHF 4'567.80 (indemnités journalières de juin 2024) du 30 juin 2024 au 10 mars 2025, soit CHF 158.60 ; - intérêts à 5% sur la somme de CHF 4'720.06 (indemnités journalières de juillet 2024) du 31 juillet 2024 au 10 mars 2025, soit CHF 144.22 ; - intérêts à 5% sur la somme de CHF 4'720.06 (indemnités journalières d'août 2024) du 31 août 2024 au 10 mars 2025, soit CHF 124.56 ; - intérêts à 5% sur la somme de CHF 4'567.80 (indemnités journalières de septembre 2024) du 30 septembre 2024 au 10 mars 2025, soit CHF 101.51 ; - intérêts à

5% sur la somme de CHF 4'720.06 (indemnités journalières d'octobre 2024) du 31 octobre 2024 au 10 mars 2025, soit CHF 85.22 ; - intérêts à 5% sur la somme de CHF 4'111.02 (indemnités journalières du 1er au 27 novembre 2024) du 30 novembre 2024 au 10 mars 2025, soit 57.10. Le total des intérêts dus est donc de CHF 1'175.11, arrondis à CHF 1'175.10. Au vu de ce qui précède, la prétention en paiement des intérêts à 5% l'an sur les indemnités journalières du 13 mars 2024 au 27 novembre 2024 sera admise et la défenderesse sera condamnée au paiement de CHF 1'175.10 au titre desdits intérêts.

E. 7

Dans ces circonstances, la demande en paiement sera partiellement admise et la défenderesse sera condamnée au paiement de CHF 1'175.10 au titre d'intérêts sur

A/3631/2024 - 16/19 - les indemnités journalières pour la période du 13 mars au 27 novembre 2024. La demande sera rejetée pour le surplus.

E. 8.1

Le demandeur et la défenderesse concluent à l'octroi de dépens.

E. 8.1.1

L'art. 95 al. 3 CPC prévoit que les dépens – inclus dans les frais selon l'alinéa premier de cette disposition – comprennent les débours nécessaires (let. a), le défraiement d'un représentant professionnel (let. b), lorsqu'une partie n'a pas de représentant professionnel, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans les cas où cela se justifie (let. c). Le droit à une indemnité pour frais d'avocat découle ainsi du droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 4C_1/2011 du 3 mai 2011 consid. 6.2). Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC). Le tribunal fixe les dépens selon le tarif. Les parties peuvent produire une note de frais (art. 105 al. 2 CPC, renvoyant pour le tarif à l'art. 96 CPC). Les frais sont mis à la charge de la partie succombante. La partie succombante est le demandeur lorsque le tribunal n'entre pas en matière et en cas de désistement d'action ; elle est le défendeur en cas d'acquiescement (art. 106 al. 1 CPC). Lorsqu'aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, les frais sont répartis selon le sort de la cause (art. 106 al. 2 CPC). Le tribunal peut s'écarter des règles générales et répartir les frais selon sa libre appréciation lorsque le demandeur obtient gain de cause sur le principe de ses conclusions mais non sur leur montant, celui-ci étant tributaire de l'appréciation du tribunal ou difficile à chiffrer (let. a), une partie a intenté le procès de bonne foi (let. b), le litige relève du droit de la famille (let. c), le litige relève d'un partenariat enregistré (let. d), la procédure est devenue sans objet et la loi n'en dispose pas autrement (let. e), des circonstances particulières rendent la répartition en fonction du sort de la cause inéquitable (let. f ; art. 107 CPC). Les frais causés inutilement sont mis à la charge de la personne qui les a engendrés (art. 108 CPC). Selon la jurisprudence (ATF 139 III 334 consid. 4.3), en vertu du principe de disposition, des dépens ne peuvent être alloués que si l'ayant droit en a expressément demandé. La valeur du litige est déterminée par les conclusions. Les intérêts et les frais de la procédure en cours ou d'une éventuelle publication de la décision et, le cas échéant, la valeur résultant des conclusions subsidiaires ne sont pas pris en compte (art. 91 al. 1 CPC).

E. 8.1.2

Le législateur genevois a notamment prévu que dans les contestations portant sur des affaires pécuniaires, le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale,

proportionnel à la valeur litigieuse. Il est fixé, dans les limites figurant dans un règlement du Conseil d'État, d'après l'importance de la

A/3631/2024 - 17/19 - cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé (art. 20 al. 1 de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du

E. 8.1.3

Le règlement cité à l'art. 20 LaCC est le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10), lequel détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Le RTFMC rappelle, à son art. 84, le principe de l'art. 20 al. 1 LaCC, à savoir que le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale, proportionnel à la valeur litigieuse. Il est fixé d'après l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé. L'art. 85 al. 1 RTFMC prévoit un tarif servant de base pour le défraiement dans les affaires pécuniaires. Sans préjudice de l'art. 23 LaCC, le défraiement peut s'en écarter de plus ou moins 10% pour tenir compte des éléments rappelés à l'art. 84 RTFMC. Lorsque la valeur litigieuse se situe au-delà de CHF 40'000.- et jusqu'à CHF 80'000.-, le défraiement est de CHF 6'100.- plus 9% de la valeur litigieuse dépassant CHF 40'000.-.

E. 8.1.4

En l'espèce, la défenderesse a conclu à l'octroi de dépens. Cependant, conformément aux dispositions précitées, des dépens ne peuvent pas être mis à la charge du demandeur. Le demandeur a également conclu à l'octroi de dépens.

A/3631/2024 - 18/19 - En l'occurrence, il convient préalablement de constater que, contrairement à ce qu'affirme la défenderesse, le demandeur n'a pas causé de frais inutilement. En effet, cette dernière a failli à l'art. 39 al. 1 LCA par son refus du 2 mai 2024 opposé sans demander de rapports de spécialistes pour les affections psychiques du demandeur et de manière qui s'est révélée injustifiée. Par ailleurs, même si elle a versé une partie des indemnités journalières sollicitées en cours de procédure, la défenderesse n'a pas versé les intérêts requis par le demandeur. Il ne se justifie par conséquent pas de laisser les frais à la charge de ce dernier. La valeur litigieuse telle que définie par les conclusions initiales du demandeur et à l'exclusion des intérêts s'élevait à CHF 61'360.60, ce qui correspond à un défraiement de CHF 8'022.45 (CHF 6'100.- + CHF 1'922.45 [correspondant à 9% de CHF 21'360.60]). Une réduction du défraiement se justifie cependant en l'espèce. En effet, la défenderesse a accordé au demandeur une grande partie des indemnités journalières initialement demandées et le demandeur a en conséquence restreint ses conclusions. Par ailleurs, même si la procédure n'était en tant que telle pas inutile et même si l'art. 39 al. 1 LCA ne prévoit pas de devoir de transmettre spontanément les rapports médicaux, il aurait été souhaitable que le demandeur, assisté de son mandataire, transmette les rapports sur le plan psychiatrique à la défenderesse avant toute procédure judiciaire, d'autant plus au vu de la prise de position de la défenderesse du 2 mai 2024 reposant notamment sur l'absence de rapports de consultation spécialisée. Ces éléments justifient une réduction du défraiement de moitié, portant celui-ci à CHF 4'011.20. Il convient d'ajouter au défraiement la TVA de 8.1% (art. 25 al. 1 et 115 al. 1 de la loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée du 12 juin 2009 - LTVA - RS 641.20), soit CHF 324.90, et les débours de 3%, soit CHF 120.35, de sorte que le montant total s'élève à CHF 4'456.45. Ce montant devant être réparti selon le sort de la cause, il convient de constater

que le demandeur a obtenu gain de cause, par l'octroi des indemnités journalières par l'assurance, assimilable à un acquiescement partiel, pour environ 65% de la valeur litigieuse initiale de ses conclusions, plus les intérêts sur lesdites indemnités journalières. Il se justifie par conséquent de lui allouer des dépens de 70% de ce montant, soit un montant de CHF 3'119.50.

E. 8.2

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC; art. 22 al. 3 let. b LaCC.).

A/3631/2024 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 11

octobre 2012 - LaCC - E 1 05). Selon l'art. 23 al. 1 LaCC, lorsqu'il y a une disproportion manifeste entre la valeur litigieuse et l'intérêt des parties au procès ou entre le taux applicable selon la LaCC et le travail effectif de l'avocat, la juridiction peut fixer un défraiement inférieur ou supérieur aux taux minimums et maximums prévus. Lorsque le procès ne se termine pas par une décision au fond mais en particulier par un retrait du recours, un désistement, une transaction ou une décision d'irrecevabilité, le défraiement peut être réduit en conséquence (art. 23 al. 2 LaCC). Les débours nécessaires sont estimés, sauf éléments contraires, à 3% du défraiement et s'ajoutent à celui-ci (art. 25 LaCC). La juridiction fixe les dépens d'après le dossier en chiffres ronds incluant la taxe sur la valeur ajoutée. La décision est motivée (art. 26 al. 1 LaCC). Un état de frais peut être déposé (art. 26 al. 2 LaCC). La fixation des dépens est sans effet sur les rapports contractuels entre l'avocat et son client (art. 26 al. 3 LaCC). À teneur de l'art. 22 al. 3 let. b LaCC, il n'est pas alloué de dépens à la charge de l'assuré, dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la LAMal, y compris celles servies par les entreprises d'assurance soumises à la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (loi sur la surveillance des assurances, LSA - RS 961.01).

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