

GE_GERICHTE ATAS/947/2017 vom 24. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_947_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/947/2017 du 24 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/947/2017 del 24 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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 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

E. 2

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, la demanderesse était couverte 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 confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA ; ATF 141 III 112 consid. 4.3). Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

E. 3

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant rappelé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. La demande du 16 février 2016 par laquelle la demanderesse sollicite le paiement d'indemnités journalières en raison de son incapacité de travail ayant débuté le 1er juin 2015 a été déposée dans le délai de deux ans susmentionné.

E. 4

Partant, la présente demande, laquelle répond aux exigences légales et de forme (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

E. 5

Le litige portait initialement sur le paiement de CHF 7'901.- à titre d'indemnités journalières complètes pour la période du 1er juin 2015 au 16 février 2016, date du dépôt de sa demande, et le paiement de l'indemnité journalière complète jusqu'au terme de son arrêt

maladie. Dans son écriture du 10 janvier 2017, la demanderesse a amplifié ses conclusions et requis le versement de CHF 34'158.-, soit CHF 20'606.- à titre d'indemnités journalières complètes non encore payées entre le 1er juin 2015 et le 31 mai 2016 et de CHF 13'552.- à titre de demies indemnités journalières non encore payées entre le 1er juin 2016 et le 10 janvier 2017, ainsi que les demies indemnités journalières au-delà du 11 janvier 2017, jusqu'à épuisement de son droit. Enfin, elle a modifié ses conclusions le 30 mars 2017 et tenu des rentes allouées par l'OAI. Elle a conclu au paiement de la somme de CHF 29'052.- à titre d'indemnités journalières impayées relatives à son incapacité de travail du « 12 mai 2015 » au 30 mars 2017, ainsi que celui des indemnités journalières jusqu'à épuisement du droit. S'agissant de la recevabilité de ces conclusions amplifiées, il convient de relever que, conformément à l'art. 243 al. 2 let. f CPC, les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumis à

A/514/2016 - 17/28 - la procédure simplifiée. Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, Code de procédure civile commenté, n°20 ad art. 246 CPC ; cf. ATAS/550/2015 du 14 juillet 2015 consid. 8). Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Cette disposition, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un changement de conclusions est admissible (Denis TAPPY, op. cit., n°14 et 18 ad art. 227 CPC). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1). En l'espèce, le versement des indemnités journalières relatives à la période courant entre la demande en paiement déposée le 16 février 2016 et la dernière écriture de la demanderesse du 30 mars 2017 est sans conteste en lien de connexité matérielle avec ladite demande puisqu'il repose sur le même état de fait et sur le même rapport juridique. Partant, les conclusions amplifiées de la demanderesse sont recevables.

E. 6

Le litige porte ainsi sur le droit de la demanderesse à des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100% du 1er juin 2015 au 31 mai 2016 et de 50% à partir du 1er juin 2016, ainsi que sur le montant de ladite indemnité.

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 chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont

complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. 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).

A/514/2016 - 18/28 - La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse du

E. 10

Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157 CPC, qui dispose que le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive, le droit de la procédure civile institue ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve. Cela semble à première vue contredire les principes fondamentaux que sont le droit à la preuve et sa libre appréciation, mais la sécurité et l'équité requièrent que la loi détermine clairement quand et par quel moyen la preuve peut être rapportée (Message du Conseil fédéral relatif au code de procédure civile suisse du 28 juin 2006, FF 2006 I p. 6929). L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC. Cela étant, le juge civil peut ordonner l'apport d'une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une autre procédure. La valeur probante de telles expertises n'est pas remise en question du fait que le droit d'être entendu des parties au procès doit être garanti, lequel comprend outre une détermination sur le contenu de l'expertise (art. 187 al. 4 CPC) également la possibilité de s'exprimer sur la personne de l'expert (art. 183 al. 2 CPC) et de poser des questions complémentaires (art. 185 al. 2 CPC). Des expertises diligentées par des tiers sont ainsi tout aussi probantes que celles ordonnées par le juge civil, étant rappelé que leur force probante se détermine selon le principe de la libre appréciation des preuves et qu'une nouvelle expertise portant

A/514/2016 - 21/28 - sur les mêmes questions doit être mise en œuvre lorsque l'expertise diligentée par un tiers ne résiste pas à la critique (ATF 140 III 24 consid. 3.3.1.3). Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 140 III 24 consid. 3.3.3 ; ATF 132 III 83 consid. 3.4). Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut, combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

E. 11

a. Conformément au contrat d'assurance AL121868, la couverture d'assurance perte de gain maladie conclue par l'employeur et la défenderesse prévoit le versement d'une indemnité journalière pour le personnel en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire assuré durant

730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 60 jours (respectivement 90 jours pour les cadres « niveau A-D »). b. Selon les CGA, édition 2011, auxquelles renvoie le contrat d'assurance, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, psychique ou mentale qui n'est pas due à un accident, qui exige un examen ou un traitement médical et qui provoque une incapacité de travail (art. 7.1.1 CGA). Il y a incapacité de travail lorsque, en raison d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement, la personne assurée n'est plus en mesure, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée d'elle. Il y a incapacité partielle de travail lorsque le degré de l'incapacité de travail est de 25% au moins (art. 7.1.4 CGA).

L'indemnité journalière assurée est versée pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement, après l'expiration du délai d'attente convenu par contrat. En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est versée en fonction du degré d'incapacité de travail (art 7.2.1 CGA). L'indemnité journalière est calculée en divisant par 365 la rémunération assurée (art 6.2.1 CGA). La base d'évaluation pour l'indemnité journalière est le dernier salaire soumis à l'AVS perçu auprès du preneur d'assurance avant le cas d'assurance, y compris les éléments de salaire non encore payés auxquels le travailleur peut prétendre à juste titre (art 6.2.2 1ère phrase CGA). Si le gain est soumis à de fortes fluctuations (par exemple rémunération à la commission, participations au chiffre d'affaires, travail irrégulier d'auxiliaire, etc.), l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les douze mois précédant l'incapacité de travail (art 6.2.2 4ème phrase CGA). Les prestations fournies sur la base des CGA, cumulées avec des prestations de tiers, ne doivent pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée ou du

A/514/2016 - 22/28 - preneur d'assurance. La limite de surindemnisation est équivalente à la hauteur de l'indemnité journalière assurée. L'assurance réduit ses prestations jusqu'à la limite de la surindemnisation. Les jours avec des prestations partielles ou sans prestations pour cause de réduction opérée par suite d'un droit aux prestations de tiers sont comptés comme des jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente. Si l'assurance a fourni des prestations, elle demande le remboursement à la personne assurée des paiements supplémentaires d'assurances sociales (en particulier l'assurance-invalidité) directement à l'assurance sociale concernée. Le montant de la demande de remboursement correspond à la hauteur de la surindemnisation (art. 10.2.1 CGA). Les prestations touchées par erreur ou à tort doivent être remboursées à l'assurance (art. 7.5 CGA).

E. 12

a. En l'espèce, la demanderesse soutient avoir été en incapacité de travail à 100% du 1er juin 2015 au 31 mai 2016 et à 50% dès le 1er juin 2016. Elle se réfère aux rapports de sa psychiatre traitant et à celui de la CRR pour la période postérieure au 1er juin 2016. À ce propos, la chambre de céans constate en préambule que la demanderesse a manifestement commis une erreur de plume dans sa dernière écriture en mentionnant que son incapacité totale de travail avait débuté le 12 mai 2015 (cf. mémoire du 30 mars 2017), alors qu'elle avait précédemment rapporté la date du 1er juin 2015 (cf. demande en paiement du 16 février 2016 et mémoire du 10 janvier 2017). Cette dernière correspond d'ailleurs aux indications contenues dans les certificats d'arrêt de travail et rapports de la Dresse C_____, ainsi que dans l'annonce du cas à la défenderesse par l'employeur. La défenderesse a ainsi versé des indemnités journalières dès le 31 juillet 2015, soit après un délai d'attente de 60 jours, ce que la demanderesse n'a jamais expressément remis en cause.

C'est le lieu de relever que la demanderesse a opéré une confusion entre le délai d'attente de 90 jours prévu pour les cadres « niveau A-D » et celui de 60 jours applicable pour les autres membres du personnel, puisqu'elle se réfère au délai le plus long dans son mémoire du 30 mars 2017. b. La défenderesse a considéré dans un premier temps que l'incapacité de travail n'était en réalité pas due à des raisons médicales, de sorte qu'elle envisageait de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 30 novembre 2015 (cf. courrier du 8 septembre 2015). Elle a ensuite estimé, sur la base de l'avis de son médecin-conseil du 20 octobre 2015, que la demanderesse pouvait raisonnablement reprendre son activité professionnelle à 50% dès le

E. 15

novembre 2015 et à 100% dès le 15 février 2016, de sorte que les indemnités journalières seraient versées en conséquence (cf. courrier du 26 octobre 2015). Enfin, conformément aux conclusions de l'expertise mise en œuvre par l'OAI, la défenderesse retient désormais que la demanderesse n'a jamais présenté une incapacité de travail supérieure à 50% et que celle-ci a ainsi reçu à tort des

A/514/2016 - 23/28 - indemnités journalières correspondant à une totale incapacité de travail entre le 1er juin et le 14 novembre 2015. Elle reconnaît en revanche le droit de la demanderesse à percevoir des indemnités journalières équivalant à une incapacité de travail à 50% au-delà du 15 février 2016. c. Les pièces produites par les parties, en particulier l'avis de la Dresse E_____ du

E. 20

octobre 2015 et les rapports de la Dresse C_____ des 1er septembre, 8 octobre 2015 et 7 juin 2016 ne constituent pas des moyens de preuve et doivent être considérés comme de simples allégations de partie, contrairement au rapport d'expertise de la CRR du 23 juin 2016, dont il convient d'examiner la force probante. 13. La chambre de céans rappelle tout d'abord que le mandat d'expertise a été attribué à la CRR selon le principe du hasard (document 114 de l'OAI) et que les droits de la demanderesse, laquelle a notamment eu l'occasion de se prononcer sur les questions soumises aux experts, ont été respectés (cf. communication de l'OAI du

E. 23

septembre 2015 : document 93 de l'OAI). 14. a. Elle observe ensuite que le rapport d'expertise répond en tous points aux requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ce document est basé sur le dossier complet de la demanderesse et les experts ont présenté des anamnèses familiale, personnelle, sociale et professionnelle détaillées. Ils ont tenu compte des plaintes de la demanderesse et ont justifié chacun des diagnostics retenus. Le spécialiste en psychiatrie s'est livré à un examen approfondi et complet, puis a évalué la capacité de travail de la demanderesse conformément à la jurisprudence en vigueur. Son raisonnement est clair et ses conclusions dûment motivées. b. En ce qui concerne les atteintes à la santé, l'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F32.10), un trouble mixte de la personnalité avec des composantes émotionnellement labile, immature et dépendante (F61.0), ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Cette appréciation s'apparente à celle de la psychiatre traitant, laquelle a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et d'une personnalité dépendante (F60.7 ; rapports des 1er septembre et 8 octobre 2015), puis

d'un épisode dépressif moyen (F32.2) et d'une personnalité dépendante (F60.7 ; rapport du 7 juin 2016). La chambre de céans relèvera que l'identification du trouble dépressif à laquelle ont procédé les deux psychiatres ne correspond pas exactement à la classification de la CIM-10, dès lors que le trouble récurrent est classé sous F33, et non F32 qui vise les épisodes dépressifs, et que l'épisode dépressif mentionné sous F32.2 concerne l'épisode sévère, et non pas moyen. Cela étant, les deux spécialistes ont conclu que le trouble présenté par la demanderesse était d'intensité moyenne et l'intéressée ne conteste pas les diagnostics retenus par ces médecins.

A/514/2016 - 24/28 - S'agissant de la symptomatologie, l'expert a signalé une tristesse, modulable, durant la majorité des jours de la semaine, des idées de dévalorisation, une fatigabilité, un manque d'entrain et de motivation, des plaintes cognitives, une vision pessimiste de l'avenir et des troubles du sommeil. Il a relevé que la demanderesse disposait d'un faible réseau, avec un éloignement des relations amicales, et que ses douleurs étaient de plus en plus intenses et généraient un sentiment de détresse. Il n'a en revanche pas retenu de ralentissement psychomoteur marqué et a précisé à cet égard qu'il n'avait pas constaté de trouble de la concentration objectivable : la demanderesse avait notamment pu effectuer une série de soustractions simples, réciter les mois de l'année à l'envers, se rappeler trois mots sur trois après 10 minutes, situer correctement les dates de l'anamnèse. Il n'y avait pas de trouble de l'évocat, de confabulation, de symptôme paramnésique ou hypermnésique. Quant à la psychiatre traitant, elle a noté une thymie triste avec des pleurs presque chaque jour, un sentiment d'inefficacité et de dévalorisation, une anxiété, une insomnie, une fatigabilité, des difficultés de concentration et de mémoire, ainsi que des douleurs importantes (rapport du 8 octobre 2015). Par la suite, elle a fait état d'un épuisement rapide, d'une tristesse avec des pleurs fréquents, de difficultés de concentration et de mémoire, de troubles du sommeil et d'une tendance au retrait social (rapport du 7 juin 2016). Il appert ainsi que les observations de l'expert sont similaires à celles de la psychiatre traitant, à l'exception des difficultés de concentration et de mémoire. L'expert a toutefois conclu que les plaintes en la matière n'étaient pas suffisamment objectivées au status et a justifié cette appréciation. Rien ne permet donc de s'en écarter, étant encore rappelé que le médecin traitant peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouées (ATF 125 V 351 consid. 3). Concernant la capacité de travail, le Dr J _____ l'a fixée à 50% dès le dépôt de la seconde demande de prestations à l'OAI, pour une durée indéterminée. L'évaluation de l'expert de la CRR tient compte des critères jurisprudentiels en matière de trouble douloureux somatoforme puisqu'il s'est fondé sur la grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4) et en a examiné tous les indicateurs. Il a notamment relevé que la demanderesse suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, et bénéficiait d'une médication, dont la dose demeurait cependant modeste par rapport à la symptomatologie dépressive résiduelle. L'affection psychique était complexe, eu égard à la chronicité des troubles et à la comorbidité, et serait difficile à traiter. Les capacités adaptatives de la demanderesse étaient amoindries. Elle présentait une personnalité immature, avec des tendances impulsives et des comportements de retrait, elle se sentait vite agressée et dénigrée, disposait d'une faible capacité d'affirmation et avait tendance à s'enfermer dans une position de souffrance. L'expert a relevé de nombreux facteurs anamnestiques défavorables, tels qu'un abus sexuel à l'adolescence, des relations familiales pathologiques, des relations

A/514/2016 - 25/28 - sentimentales chaotiques. Ces paramètres ne faisaient qu'affaiblir les ressources de la personnalité et les capacités à faire face aux tensions, de sorte que les capacités du Moi étaient faibles. La demanderesse disposait d'un faible réseau et ses relations étaient centrées sur sa fille, avec un éloignement des relations amicales. En raison de la symptomatologie dépressive et d'une décompensation de la personnalité, l'intéressée ne pouvait que difficilement établir de nouvelles relations dans son contexte de vie actuel. Les troubles psychiques avaient un impact important dans tous les domaines comparables de la vie. Il convenait toutefois de tenir compte de l'aspect moyen de la symptomatologie dépressive et des facteurs de personnalité qui allaient dans le sens d'une fixation pathologique dans une position de victime. Dans ce sens, si l'on investiguait encore l'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles, on constatait que l'intéressée était fatigable, avec une faible capacité à investir d'autres règles et routines que son fonctionnement quotidien. Sa capacité à planifier et structurer les tâches était toutefois préservée, les plaintes cognitives n'étant pas suffisamment objectivées au status, par rapport aux plaintes alléguées. Par contre, la flexibilité et les capacités d'adaptation étaient nettement réduites et l'intéressée disposait d'une personnalité très fragile, avec une nouvelle décompensation importante depuis ses dernières difficultés professionnelles. On devait également constater de faibles compétences spécifiques, au vu de l'absence de formation certifiée, avec un bagage intellectuel probablement limité. La capacité de jugement et de prise de décision était en partie préservée chez l'intéressée qui se montrait toutefois « désécurisée » et anxieuse, l'endurance était diminuée par les douleurs chroniques et les troubles du sommeil, la capacité d'affirmation par le trouble de la personnalité. Il en était de même pour le sens du contact envers des tiers et la capacité d'évoluer au sein d'un groupe. En tenant compte de l'entier du tableau clinique et des facteurs de pondération, l'expert a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était de l'ordre de 50% dans une activité adaptée sur le plan physique. À son avis, cette capacité de travail tenait compte des différentes fluctuations de l'état psychique dès la nouvelle demande de prestations en avril 2015. L'incapacité de travail totale retenue lui paraissait surestimée car elle ne prenait pas suffisamment en considération l'exigibilité médico-théorique qui découlait de l'écart entre certaines plaintes alléguées et l'observation clinique. L'intrication des différentes pathologies rentrait le pronostic d'un éventuel retour au travail incertain. L'appréciation de l'expert psychiatre est claire, son argumentation est justifiée et toutes ses conclusions dûment motivées. La chambre de céans rappellera en particulier, s'agissant du taux de la capacité de travail, que le Dr J_____ a constaté des discordances entre les doléances alléguées et l'observation clinique, ce qui permet d'expliquer la différence entre ses conclusions et celles de la Dresse C_____. La demanderesse ne conteste d'ailleurs pas les conclusions du rapport d'expertise de la CRR s'agissant de sa capacité de travail pour la période postérieure au

A/514/2016 - 26/28 - 1er juin 2016, quand bien même sa psychiatre traitant avait attesté, à la même époque, d'une totale incapacité de travail. À cet égard, on relèvera que, contrairement à ce que prétend la demanderesse, la Dresse C_____ n'a en aucun cas envisagé une diminution du taux de l'incapacité de travail : si elle a fait état d'une légère amélioration de la symptomatologie dépressive, elle a affirmé qu'une reprise d'activité durable n'était pas probable (cf. rapport du 7 juin 2016). 15. En définitive, les conclusions de l'expert mandaté par l'OAI emportent la conviction de la chambre de céans qui retiendra donc que la demanderesse présente une incapacité de travail de 50% depuis le début de son arrêt de travail pour cause de maladie, soit dès le 1er juin 2015. 16. Il convient à présent de

déterminer le montant de l'indemnité journalière. Selon l'extrait de compte individuel produit, la demanderesse a réalisé un revenu annuel de CHF 55'178.- en 2014, de CHF 50'247.- en 2013, de CHF 31'829.- en 2012, de CHF 49'913.- en 2011 et de CHF 45'187.- en 2010. La demanderesse a expliqué que la baisse substantielle du salaire en 2012 était due à une incapacité de travail suite à un accident et a produit ses fiches de salaires démontrant la perception d'un revenu annuel net de CHF 44'205.05. Il appert donc que le montant ressortant du compte individuel pour l'année 2012 ne reflète pas le revenu réel de la demanderesse. Contrairement à ce que soutient la défenderesse, les gains de la demanderesse n'ont pas été soumis à de fortes fluctuations, mais ils ont connu deux importantes augmentations (+10% entre 2010 et 2011 et +9.8% entre 2013 et 2014). Dans ces conditions, la situation de la demanderesse ne saurait en aucun cas être assimilée à celle d'une personne rémunérée à la commission, participant au chiffre d'affaires ou exerçant un travail irrégulier d'auxiliaire (cf. art. 6.2.2 CGA). Partant, il convient de se référer au salaire soumis à l'AVS en 2014, soit CHF 55'178.-, de sorte que l'indemnité journalière doit être fixée à CHF 120.95 (CHF 55'178.- / 365 jours x 80%), soit CHF 60.50 pour une demie indemnité (capacité de travail de 50%). 17. Compte tenu du délai d'attente de 60 jours, la demanderesse a droit à un montant de CHF 36'844.50 (CHF 60.50 x 609 jours pour la période courant du 1er juin 2015 au 30 mars 2017, étant précisé que l'année 2016 était une année bissextile). Il sied encore de déduire les montants déjà versés par la défenderesse, soit CHF 15'315.35 selon les pièces et allégations non contestées, ainsi que les rentes perçues par l'assurance-invalidité, ce qui est admis par la demanderesse, à savoir CHF 9'748.45 ([CHF 978.- x 9 mois] + CHF 946.45 pour les 30 jours du mois de mars 2017]). Il en résulte donc un droit au montant de CHF 11'780.70 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er juin 2015 au 30 mars 2017.

A/514/2016 - 27/28 - 18. S'agissant de la période postérieure au 30 mars 2017, la demanderesse a droit au paiement des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail à 50% jusqu'à épuisement de son droit, sous déduction des rentes versées par l'OAI et sous réserve d'une éventuelle diminution de son incapacité de travail, ce qui a au demeurant été admis par la défenderesse. 19. Enfin, on relèvera que des intérêts moratoires ne peuvent être accordés à la demanderesse, puisque cette dernière n'y conclut pas et que l'art. 58 al. 1 CPC n'autorise pas la chambre de céans à statuer ultra petita. 20. Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise et la défenderesse condamnée à verser à la demanderesse le montant de CHF 11'780.70. 21. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). La demanderesse, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte que la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 2'600.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC ; art. 20 à

E. 26

de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05] ; art. 84 et 85 du RTFMC), au vu de la valeur litigieuse. 22. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/514/2016 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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