

GE_GERICHTE A/1086/2012 vom 5. Juni 2013

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1086_2012

FR: GE_GERICHTE A/1086/2012 du 5 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1086/2012 del 5 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur M_____, domicilié à GEX, France comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE demandeur contre BALOISE ASSURANCES SA, Sinistres Suisse, sise Aeschengraben 21, BASEL comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN défenderesse EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en 1957 et de nationalité française, a travaillé dès mars 2008 en tant que chef de cuisine dans l'établissement X_____ exploité par Y_____ SARL (ci-après : l'employeur) dont le siège est à Genève. A ce titre, il bénéficiait d'une assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie conclue par son employeur auprès de la BALOISE ASSURANCE SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse).![[endif]]>[[if]]> 2. Selon le contrat d'assurance du 6 janvier 2010, variante couverture sans réserve, l'indemnité journalière s'élève à 80% du salaire soumis à l'AVS et est versée dès le 15 ème jour d'incapacité de travail.![[endif]]>[[if]]> 3. Le 21 mars 2011, l'employeur et l'assuré ont annoncé une maladie à l'assurance en précisant que le dernier jour de travail avait eu lieu le 28 février 2011 et que le salaire mensuel soumis à l'AVS était de 5'500 fr. avec gratification mensuelle de 458 fr. 35.![[endif]]>[[if]]> 4. Dans un rapport du 5 mai 2011, le Dr B_____, psychiatre et psychanalyste, a diagnostiqué une dépression majeure. Il a indiqué que l'assuré avait été en arrêt de travail du 25 juin au 31 octobre 2010 suite à une double fracture malléolaire droite. Pendant cette période, son second l'avait remplacé et avait cherché à prendre sa place ce qui avait entraîné un conflit avec l'employeur et un arrêt de travail dès le 1 er mars 2011. La dépression avait commencé au début novembre 2010 et le traitement médicamenteux avait débuté en mars 2011. L'assuré avait été licencié le 31 mars 2011 à l'occasion de la reprise du travail. La capacité de travail était nulle à ce jour. La situation devait être reconsidérée d'ici un minimum de trois mois.![[endif]]>[[if]]> 5. Le 7 juin 2011, l'assurance a invité l'assuré à s'annoncer auprès de l'office de l'assurance-invalidité de son canton de domicile.![[endif]]>[[if]]> 6. Sur demande de l'assurance le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré aux fins d'expertise, le 24 juin 2011. Dans son rapport d'expertise du 27 juin 2011, il a diagnostiqué selon la classification CIM 10 des troubles de l'adaptation avec perturbation des émotions en rémission partielle (F43.23). Lors de la reprise du travail à 50% en novembre 2010, l'assuré avait été confronté à la concurrence d'un collègue plus jeune et à l'ambivalence de ses patrons dans leur soutien. Il s'était senti trahi et abandonné dans un poste qu'il avait contribué à valoriser et le conflit avec son employeur s'était sensiblement amplifié. Il avait développé une réaction anxieuse, dépressive avec perturbation émotionnelle à type de colère et de révolte. La labilité émotionnelle, les troubles anxieux et les perturbations des fonctions cognitives étaient toujours présentes. Au vu de la prise de recul de l'assuré et de l'amélioration de son sommeil, la rémission était

partielle. Cette amélioration n'était pas encore de nature à permettre d'envisager une reprise d'activité. Les troubles de l'attention, de la concentration et éventuellement de la mémoire ainsi que la labilité émotionnelle ne permettaient pas à l'assuré de reprendre une activité de chef de cuisine, ni même de cuisinier. L'état psychique devait continuer à s'améliorer et une reprise d'activité devrait être possible au plus tard le 1^{er} octobre 2011. Si tel n'était pas le cas, un nouveau bilan pourrait être nécessaire.![endif]>![if> 7. Par certificats médicaux des 30 juin, 28 juillet et 31 août 2011, le Dr B_____ a prolongé l'incapacité de travail à 100% du 1^{er} juillet au 30 septembre 2011. Dans un rapport du 14 septembre 2011, il a indiqué que l'assuré présentait des crises de larmes, une tristesse, des angoisses et des troubles de la mémoire récente. Il a diagnostiqué une dépression sévère. Il avait prolongé l'incapacité de travail qui était entière au vu de la persistance des symptômes dépressifs. La fin du traitement ne pouvait pas être envisagée avant plusieurs mois.![endif]>![if> 8. Sur demande de l'assurance, le Dr C_____ a réexaminé l'assuré aux fins d'expertise, le 24 octobre 2011. Dans son rapport d'expertise du 25 octobre 2011, après avoir constaté l'absence de troubles des fonctions intellectuelles durant son examen ainsi que l'absence de perturbation du cours de la pensée et de défaillance de la mémoire à court terme, il a diagnostiqué des troubles de l'adaptation, avec perturbation des émotions, en forte rémission (F43.23). Depuis l'examen de juin 2011, l'assuré avait voyagé en Italie en conduisant sa voiture pendant une semaine, avait effectué une cure thermale de trois semaines et s'était rendu en avion à Arcachon dans sa famille pendant une semaine. Son traitement avait été allégé et, lors de l'examen, les troubles cognitifs n'étaient pas perceptibles. Malgré la persistance des plaintes, la rémission pouvait être considérée comme prononcée. S'agissant de la capacité de travail dans la profession exercée, au vu de l'amélioration actuelle, une reprise d'activité pouvait se faire de façon progressive, à savoir à 50% dès le 1^{er} novembre 2011, puis à 100% dès le 1^{er} décembre 2011. La reprise d'activité devait avoir lieu dans un poste adapté à l'état de convalescence actuel, c'est-à-dire sans stress majeur, ni lourde responsabilité. Si l'assuré ne pouvait pas s'inscrire au chômage en France à 50% en novembre, l'activité devait être reprise à 100% dès le 1^{er} décembre 2011.![endif]>![if> 9. Le 2 novembre 2011, l'assurance a communiqué le rapport d'expertise au Dr B_____ en précisant que si ce dernier n'était pas d'accord avec les conclusions de l'expert, il devait en communiquer les raisons détaillées à son médecin-conseil. La simple délivrance d'un certificat médical sans explications ne lui permettrait pas de poursuivre le versement des indemnités journalières.![endif]>![if> 10. Dans un certificat médical du 9 novembre 2011, le Dr B_____ a demandé à l'assurance de prendre en charge l'assuré à 100% jusqu'au 30 novembre 2011, la reprise du travail devant être envisagée à 100% le 1^{er} décembre 2011.![endif]>![if> 11. Selon son décompte du 25 novembre 2011, l'assurance a versé à l'assuré 30 indemnités journalières de 156 fr. 70 pour l'incapacité de travail du 1^{er} au 30 novembre 2011.![endif]>![if> 12. Dans un certificat médical du 1^{er} décembre 2011, le Dr B_____ a attesté une incapacité de travail entière à 100% du 1^{er} au 31 décembre 2011. Dans un rapport du 6 décembre 2011, il a diagnostiqué un syndrome dépressif majeur, réactionnel à une situation conflictuelle stressante (CIM 10 : F32.2). Cet état nécessitait un suivi psychiatrique depuis le 23 mars 2011 avec soutien psychothérapeutique hebdomadaire, antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques. L'assuré présentait des angoisses, des troubles du sommeil, des crises de tétanie, des pseudo-hallucinations, des troubles de la mémoire récente et de la concentration intellectuelle. Une tentative de reprise du travail, le 1^{er} décembre 2011, avait déclenché des crises de tétanie et des crises d'angoisse. Cette situation ainsi que l'apparition

de spasmes coronariens avec trois crises de douleurs retro-sternales ayant cédé à la prise de nitrés justifiaient la reprise de l'arrêt de travail à 100% dès le 2 décembre 2011.![endif]>![if> 13. Dans un courriel du 7 décembre 2011, l'assuré s'est déclaré prêt à se soumettre à une nouvelle expertise car le Dr C _____ avait dû avoir connaissance de sa lettre de licenciement du 31 mars 2011, ce qui avait pu jouer un rôle sur son objectivité quant à l'arrêt de travail du 1 er avril 2011.![endif]>![if> 14. L'assurance a soumis les dernières pièces transmises par l'assuré au Dr D _____, son médecin-conseil. Ce dernier a indiqué, dans sa notice manuscrite du 14 décembre 2011, qu'aucun élément nouveau ne permettait de prolonger l'incapacité de travail. Le travail était exigible à 100% car, selon l'expert, la reprise d'activité relevait de l'effort exigible.![endif]>![if> 15. Par courrier du 22 décembre 2011, l'assurance a informé l'assuré que, selon l'avis de son médecin-conseil, il présentait une pleine capacité de travail et que la reprise d'une activité professionnelle relevait d'un effort exigible de sa part. Elle a attiré son attention sur la cessation de la couverture d'assurance au 30 novembre 2011 en raison de la reprise d'une activité professionnelle, le 1 er décembre 2011, entraînant la sortie du cercle des assurés.![endif]>![if> 16. Selon le certificat médical du Dr B _____ daté du 26 décembre 2011, l'état de santé de l'assuré nécessitait de prolonger son arrêt de travail du 1 er au 31 janvier 2012.![endif]>![if> 17. Le 11 avril 2012, l'assuré a introduit une demande en paiement auprès de la Cour de céans. Il conclut à la poursuite du versement de l'indemnité journalière de 156 fr. 70, dès le 1 er décembre 2011 et pendant 127 jours, sous réserve d'amplification en fonction de l'évolution de son état de santé. Il précise avoir demandé son passage dans l'assurance individuelle et a produit trois rapports ou certificats médicaux du Dr B _____. Dans le rapport du 20 février 2012, ce médecin a exposé que, depuis son admission aux Urgences le 2 décembre 2011 en raison de spasmes coronariens, les troubles de l'assuré étaient plus fréquents. A ce jour et compte tenu de l'ensemble des troubles tant physiques que psychiques, la capacité de travail était nulle. Dans le rapport du 9 mars 2012, il a précisé que l'assuré avait tenté une reprise de travail du 2 au 9 mars 2012 qui avait abouti au déclenchement de crises de tétanie et à une forte perturbation de son sommeil. Son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 10 au 31 mars 2012 à 100%. Dans le certificat de travail du 27 mars 2012, il a prolongé l'arrêt de travail à 100% du 1 er au 30 avril 2012.![endif]>![if> 18. Dans sa réponse du 24 avril 2012, la défenderesse a observé qu'à compter du 30 novembre 2011, le demandeur ne faisait plus partie du cercle de ses assurés au sens de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie. Elle a conclu au rejet de la demande en tant qu'elle portait sur la période à partir du 1 er décembre 2011.![endif]>![if> 19. Dans son complément de demande du 31 mai 2012, le demandeur a contesté toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr C _____ du 25 octobre 2011 au vu de l'anamnèse et de la description des plaintes lacunaires. En outre, le diagnostic posé ne correspondait pas à sa symptomatologie. La capacité de travail de 100% dans un poste adapté, à savoir sans stress majeur ni lourde responsabilité, n'était pas envisageable dans un poste de cuisinier. Par conséquent, elle impliquait un changement de profession qui nécessitait un avertissement de l'assurance à ce propos et l'octroi d'un délai adéquat de trois à cinq mois pour s'adapter aux nouvelles conditions pendant lequel les indemnités journalières continuaient à être dues. Le 1 er décembre 2011, il avait tenté une reprise du travail pendant une demi-journée auprès de la Z _____. Lorsqu'il était retourné le lendemain dans cet établissement, il avait dû cesser immédiatement son activité en raison d'une décompensation majeure. Dès lors, son incapacité de travail s'était poursuivie sans interruption et il n'était pas sorti du cercle des

assurés. Il a conclu, préalablement, à l'ouverture d'enquêtes, et principalement sous suite de dépens, au paiement par la défenderesse d'un montant de 28'832 fr. 80 (184 jours x 156 fr. 70) arrêté au 1 er juin 2012 avec intérêt 5% à la date moyenne du 28 février 2012.![endif]>![if> 20. Dans son écriture du 15 juin 2012, la défenderesse a rappelé les arguments déjà développés dans sa réponse. Le rapport d'expertise du Dr C_____ du 25 octobre 2011 avait une entière valeur probante dès lors que le Dr B_____ ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable et suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Le demandeur n'apportait pas la preuve que, postérieurement au 30 novembre 2011, il présentait une maladie provoquant une incapacité de travail alors qu'il supportait le fardeau de la preuve. Elle a conclu, à titre préalable, à la production par le demandeur de l'intégralité des dossiers de l'assurance-invalidité, de Pôle Emploi et des ASSEDIC ainsi que l'intégralité des documents relatifs au contrat conclu avec LA Z_____ ou tout autre employeur. Principalement, elle a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.![endif]>![if> 21. Le 5 septembre 2012, la Cour de céans a ordonné une comparution personnelle des parties.![endif]>![if> Le demandeur a déclaré que, s'agissant de la reprise de travail les 1 er et 2 décembre 2011, il s'était conformé à l'avis du Dr C_____ qui estimait qu'une reprise était exigible de sa part. Il avait donc répondu à une annonce qui était parue le 24 novembre 2011. Il était allé voir l'employeur à la Z_____ à Onex. Il s'agissait d'une pizzeria. Ce dernier avait été d'accord de lui faire faire un essai d'un soir et un matin. Il avait travaillé le jeudi soir et le vendredi matin. Il s'était senti très mal, stressé et il avait informé l'employeur qu'il ne se sentait pas capable de prendre le poste. Il n'avait pas signé de contrat de travail. L'employeur avait tenu à lui verser de la main à la main une somme de 150 fr. car il estimait que toute personne ayant travaillé devait être payée. Il avait signé un reçu. Le 22 novembre 2011, il avait demandé le libre passage dans l'assurance individuelle. La défenderesse ne lui avait pas répondu. Il a confirmé avoir fait une tentative de reprise de travail du 2 au 9 mars 2012 à la pizzeria W_____ à l'aéroport. Il venait comme extra. Il faisait les services et mises en place. Il avait été payé. Cela s'était mal passé. Il avait des trous de mémoire, il se trompait de plats, etc... Normalement en tant que chef de cuisine, il percevait 40 fr. de l'heure. En conséquence, la somme de 150 fr. qui lui avait été versée par la pizzeria Z_____ d'Onex ne correspondait pas au salaire qu'il aurait dû ou pu percevoir. Il avait perçu en mars 2012 la somme de 1'700 fr. pour un poste de cuisinier. Il avait accepté d'être moins bien payé que chef de cuisine parce qu'il s'agissait d'une tentative de reprise de travail pour voir s'il était capable de retravailler. A la base, ils ne voulaient le payer que 1'200 fr., ce qui correspondait à un salaire de plongeur. Il avait réclamé et finalement ils avaient accepté d'augmenter à 1'700 fr. environ, soit un salaire de cuisinier. S'agissant de l'indemnité de 150 fr., il n'y avait pas eu de décompte. Il avait signé une simple quittance qui était en main de l'employeur. Il a précisé avoir été victime d'un accident en février 2012 en glissant dans sa baignoire. Il s'était fracturé l'épaule. Il a contesté être affilié à Pôle Emploi. Il ne bénéficiait d'aucune prestation hormis le RSA depuis mai 2012, à savoir 364 euros par mois. Il a indiqué prendre des conclusions en paiement d'indemnités journalières du 1 er janvier (recte : mars) 2011 au 1 er juin 2012 sous déduction évidemment des indemnités perçues. Il a souhaité que le Dr B_____, psychiatre à Divonne, soit entendu. La défenderesse a demandé que le demandeur produise les décomptes des revenus qu'il a perçus ainsi que tous documents concernant les emplois relatifs aux deux employeurs mentionnés. Elle a également sollicité l'apport du dossier AI. Sur quoi: la Cour a octroyé un délai au demandeur pour produire les pièces requises et se

déterminer sur la question du cercle des assurés. Elle a réservé la suite de la procédure. 22. Par ordonnance du 11 septembre 2012, la Cour de céans a demandé l'apport du dossier AI. 23. Le 1^{er} octobre 2012, elle a informé les parties que le dossier AI du demandeur pouvait être consulté au greffe. 24. Dans son écriture du 3 octobre 2012, le demandeur a relevé que les deux courtes périodes de travail ne constituaient que des essais de reprise qui ne pouvaient pas attester d'une reprise du travail. Il n'avait jamais retrouvé sa capacité de travail de sorte qu'il n'était en aucun cas sorti du cercle des assurés de la défenderesse. Il a maintenu avoir demandé son adhésion à l'assurance individuelle. Toutefois, ce point pouvait rester indécis dès lors que les conditions contractuelles de la défenderesse prévoyaient, en cas de cessation de la couverture d'assurance, la poursuite du versement de l'indemnité journalière pour l'incapacité de gain en cours. Il a persisté dans ses conclusions. Il a produit, d'une part, le décompte de salaire établi par la société BISA pour la période du 2 au 9 mars 2012 faisant état de 22.14 heures de travail payées à raison de 46 fr. 50 l'heure, et d'autre part, un rapport du Dr B_____ du 17 septembre 2012. Dans ce rapport, ce médecin a précisé que la tentative de reprise du travail du 1^{er} décembre 2011 avait déclenché des crises de tétanie et des crises d'angoisse avec spasmes coronariens. Une autre tentative de reprise du 2 au 9 mars 2012 s'était également soldée par un échec. Une IRM cérébrale pratiquée le 29 août 2012 avait mis en évidence une discrète atrophie corticale fronto-pariétale bilatérale et une atrophie hippocampique débutante de grade I. Une hospitalisation avait été décidée à la Clinique U_____ à Ville-La-Grand aussi bien pour l'état dépressif que pour les troubles cognitifs. La capacité de travail restait nulle à ce jour. 25. Dans son écriture du 16 novembre 2012, la défenderesse a observé que le décompte de salaire pour la période du 2 au 9 mars 2012 mentionnait une retenue pour perte de gain et que l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE avait refusé le droit aux prestations AI par projet de décision du 13 août 2012 au vu de la capacité résiduelle de travail à 100% dès le 1^{er} décembre 2011. Elle a maintenu que le demandeur avait repris une activité professionnelle dès le 1^{er} décembre 2011 et ne faisait donc plus partie du cercle des assurés et que, pour l'activité du 2 au 9 mars 2012, il était au bénéfice d'une assurance perte de gain contractée par son nouvel employeur. La consultation du 5 décembre 2011 avait été motivée par des douleurs thoraciques, soit des troubles survenus postérieurement alors que le demandeur ne faisait plus partie du cercle des assurés. La défenderesse a contesté que le demandeur lui ait adressé, le 22 novembre 2011, un courrier demandant le libre passage dans l'assurance individuelle auquel elle n'aurait pas répondu. Cette allégation n'était pas crédible car, au cours de l'instruction du dossier, les parties avaient essentiellement communiqué par messagerie et non par courrier. S'il devait être donné suite à la requête du demandeur en ouverture d'enquêtes pour audition de témoins, elle sollicitait l'audition du Dr C_____. 26. Avec son écriture du 16 novembre 2012, le demandeur a produit deux nouveaux rapports médicaux. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. Selon le rapport de séjour du 8 octobre 2012 établi par la Dresse F_____, psychiatre à la Clinique U_____, le demandeur a séjourné dans cet établissement du 13 septembre au 5 octobre 2012. Il avait décompensé l'épisode dépressif actuel dans un contexte de conflit avec son employeur qui ne lui avait jamais payé ses heures supplémentaires. A l'examen, sur le plan cognitif, il présentait une désorientation temporelle spatiale, des troubles mnésiques principalement notés dans la mémoire immédiate. Concernant l'humeur, il était surtout dans une problématique anxieuse de premier plan qu'il essayait d'apaiser par la consommation de

benzodiazépines. Elle a diagnostiqué un épisode dépressif majeur récurrent et des troubles mnésiques avec stress et conflit professionnel sévère. Dans un rapport du 24 septembre 2012, Madame E _____, neuropsychologue au CENTRE HOSPITALIER V _____, a indiqué que, selon le demandeur, les troubles mnésiques étaient apparus progressivement depuis deux ans (licenciement), alors que selon son épouse, le début des troubles datait d'environ un an avec nette aggravation depuis un mois. L'examen neuropsychologique révélait au premier plan des troubles attentionnels et exécutifs (ralentissement idéatoire lors de tâches sollicitant l'attention soutenue, difficultés de concentration, capacités de flexibilité mentale réactive altérées, capacités de planification et d'organisation altérées). S'agissant du fonctionnement mnésique, les capacités d'encodage étaient altérées en modalité verbale (probablement en lien avec les difficultés attentionnelles); en modalité visuelle, la reconnaissance était altérée. L'orientation temporelle était légèrement affaiblie. Les troubles objectivés semblaient en lien avec les troubles thymiques et la thérapeutique. Néanmoins, au vu des performances déficitaires au test de reconnaissance visuelle, l'hypothèse d'un processus neurodégénératif sous-jacent n'était pas exclue. 27. Dans son écriture du 10 décembre 2012, la défenderesse a relevé que les faits faisant l'objet de la dernière détermination du demandeur étaient irrelevants car ils étaient survenus alors qu'il ne faisait plus partie du cercle des assurés. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes. 28. Sur quoi, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. 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). 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 1^{er} 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. 4. Le litige concerne le droit du demandeur à une indemnité journalière du 1^{er} mars 2011 au 1^{er} juin 2012, notamment la question de savoir si la couverture d'assurance a été reprise par un autre assureur à partir du 1^{er} décembre

2011.![endif]>![if> 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 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). ![endif]>![if> 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). 6. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} 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).![endif]>![if> 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).![endif]>![if> 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 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF non publié 4A_491/2008 du 4 février 2009, consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de

fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Elle s'applique également dans le domaine des contrats d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). 8. Dans un premier moyen, le demandeur soutient que postérieurement au 30 novembre 2011, date à laquelle la défenderesse a mis un terme au versement de l'indemnité journalière, il faisait toujours partie du cercle des assurés. Pour sa part, la défenderesse prétend que le demandeur ne faisait plus partie du cercle des assurés à partir du 1^{er} décembre 2011 étant donné qu'il avait commencé un nouveau travail à cette date. [endif]> [if> Selon les art. D2 et D4 CCA, l'indemnité journalière est versée à condition que l'incapacité de gain consécutive à une maladie soit d'au moins 50% pendant une durée maximale de 730 indemnités journalières entières ou partielles dans une période de 900 jours, sous déduction du délai d'attente convenu. L'art. G3 CCA prévoit la fin de la couverture d'assurance pour chaque assuré, notamment à l'expiration de la durée maximale du droit aux prestations (épuisement du droit) et lorsqu'il quitte le cercle des personnes assurées. L'art. G13 CCA précise que si la couverture d'assurance cesse, l'assurance continue néanmoins de payer l'indemnité journalière jusqu'à la durée maximale des prestations, pour une incapacité de gain en cours, dans le cadre de la durée des prestations, sauf en cas de reprise de la couverture d'assurance par un autre assureur. 9. En l'espèce, les CCA prévoient que lorsqu'un assuré quitte le cercle des personnes assurées alors que son incapacité de gain est en cours, l'indemnité journalière est payée au maximum 730 fois dans une période de 900 jours. [endif]> [if> Cette solution est conforme à la jurisprudence, puisque, dans une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Selon la doctrine (MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 150-151), le principe qui régit la couverture d'assurance-maladie complémentaire se fonde sur la survenance du dommage donnant suite à la réalisation d'une atteinte à la personne assurée. C'est en définitive le moment de cette survenance qui dicte la couverture ou son absence : si elle se situe à l'intérieur de la période où le contrat produit ses effets de protection, les prestations conventionnelles devront être versées, car le sinistre sera intervenu pendant la garantie accordée par l'assureur. Il en résulte qu'une fois la couverture d'assurance accordée sur la base de ce principe, l'ensemble des prestations doit être fourni par l'assureur, quelle que soit leur durée. Peu importe qu'elles coïncident avec la durée du contrat ou la durée de garantie du contrat, ou qu'elles se prolongent au-delà de l'échéance du contrat. On se situe désormais dans la phase de la couverture du sinistre et l'essentiel réside dans l'indemnisation intégrale de l'assuré ou de l'ayant droit. La couverture d'assurance si elle n'a pas été épuisée avant l'échéance du contrat, se poursuit donc par-delà cette limite (ATF 127 III 106 consid. 3b). Le fait que les relations de travail entre le demandeur et l'employeur aient pris fin au 30 novembre 2011 et que le demandeur ait tenté une reprise du travail entre le 1^{er} décembre 2011 au soir et le 2 décembre 2011 au matin, puis du 3 au 9 septembre 2012, n'ont aucune incidence sur la durée du droit à l'indemnité journalière. En effet, les CCA ne prévoient nullement une suppression du droit à l'indemnité journalière lorsque l'assuré sort du cercle des assurés et que l'incapacité de gain est en cours. 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 1^{er} décembre 2011 au 1^{er} 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 1^{er} décembre 2011 alors que la défenderesse considère que ladite expertise a une pleine valeur

probante.![endif]>![if> 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, 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). 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 1^{er} 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 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 1^{er} 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 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 1^{er} décembre

2011 au 1^{er} 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 1^{er} décembre 2011 au 1^{er} juin 2012 au moins. 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.!

>!

[if> Il ressort du rapport du Dr B_____ du 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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. 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 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.!

>!

[if> 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 inexactes 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). 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 capacité de gain et, en cas de capacité de gain réduite, le jour où il aura recouvré sa pleine capacité de gain. 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 indemnisé du 1^{er} décembre 2011 au 1^{er} 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.

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. 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, 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} mai au 1^{er} juin 2012, un justificatif médical n'a été produit que le 31 mai 2012 avec l'écriture de la même date, reçue le 1^{er} juin 2012. Ce justificatif a été communiqué à la demanderesse par courrier B du 1^{er} 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. 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). 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.