

GE_GERICHTE A/143/2011 vom 28. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_143_2011

FR: GE_GERICHTE A/143/2011 du 28 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/143/2011 del 28 novembre 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur P _____, domicilié à Genève, représenté par ASSUAS, Association suisse des assurés demandeur contre CMBB, CAISSE MALADIE SUISSE DU BOIS ET DU BATIMENT, membre du GROUPE MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, 1920 Martigny défenderesse EN FAIT Monsieur P _____ (ci-après l'assuré) a travaillé pour l'entreprise X _____ S.A. (ci-après l'employeur) à Genève depuis le 1^{er} avril 2002 en tant qu'ébéniste polisseur. A ce titre, il était assuré pour la perte de gain en cas de maladie auprès de CMBB, CAISSE-MALADIE SUISSE DU BOIS ET DU BATIMENT (ci-après l'assureur), sous le contrat-cadre d'assurance métiers genevois du second-œuvre n° 6309. Le 11 février 2010, l'assureur a reçu une déclaration, selon laquelle l'assuré était en incapacité de travail depuis le 21 décembre 2009. Par rapport du 15 mars 2010, le Dr A _____, médecin traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, une hypertension artérielle rebelle au traitement existant depuis 2008, une broncho-pneumopathie chronique obstructive traitée, existant depuis des années et une cyphoscoliose invalidante existant également depuis des années. Les limitations objectives rencontrées dans le cadre de l'exercice de l'activité habituelle étaient une douleur à l'épaule droite, une douleur dorsale et une fracture du gros orteil sur chute le 15 février 2010. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 février 2009. Mandatée par l'assureur, la Dresse B _____, spécialiste en rhumatologie auprès de la Clinique CORELA, a examiné l'assuré le 29 avril 2010. Par rapport du 7 juin 2010, l'experte a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une cyphoscoliose dorso-lombaire et une névralgie cervico-brachiale C6 droite. La cyphoscoliose, bien tolérée sur le plan douloureux, empêchait l'assuré d'avoir une bonne capacité respiratoire et est probablement responsable en partie de l'insuffisance respiratoire chronique. Dès le 29 avril 2010, la reprise du travail était possible avec une diminution de rendement de 20%. Par courrier du 11 mai 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu des conclusions de l'expertise, le versement des indemnités journalières prendrait fin le 16 mai 2010. Le 17 mai 2010, l'assuré a tenté de reprendre son activité lucrative, sans succès. Le 21 mai 2010, le Dr A _____ a attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 7 juin 2010. Par courrier du 21 mai 2010, l'assuré a demandé à l'assureur la reprise du versement des indemnités journalières. Par pli du 23 juin 2010, l'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 août 2010. Par pli du 23 juin 2010, l'assureur a indiqué être dans l'attente d'informations concernant la capacité de travail de l'assuré dans sa profession de menuisier. Quoi qu'il en soit, l'assuré avait une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée. Par rapport du 7 juillet 2010, le Dr C _____, spécialiste en pneumologie auprès de la Clinique Corela, mandaté par l'assureur, a diagnostiqué une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) de grade II associé à une cyphoscoliose. L'assuré devait éviter les travaux de force induisant à l'essoufflement et l'exposition aux irritants

respiratoires. Sa capacité de travail était totale avec baisse de rendement de 15%. L'insuffisance respiratoire avait certes un retentissement sur le rendement professionnel de l'assuré, mais pas sur sa capacité de travail. Par courrier du 23 juillet 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu des conclusions de l'expert en pneumologie, l'assuré avait une capacité de travail dans son activité habituelle de 100% avec une baisse de rendement de 20% dès le 16 mai 2010. Du 29 août au 12 octobre 2010, l'assuré a été hospitalisé en raison de deux accidents vasculaires cérébraux (ci-après AVC). Le 7 septembre 2010, l'assuré, par l'intermédiaire d'ASSUAS, a informé l'assureur de son hospitalisation à compter du 29 août 2010. Il demandait le versement des indemnités journalières. Par rapport du 16 septembre 2010, le Dr D_____, spécialiste FMH en pneumologie, a diagnostiqué un COPD avec syndrome respiratoire fonctionnel obstructif sévère compliqué d'une hypoxémie et d'une polyglobulie secondaire, dans le contexte d'un tabagisme chronique actif. La capacité de travail de l'assuré en tant que vernisseur en ébénisterie était très réduite. Ce médecin doutait que l'assuré puisse travailler dans un environnement aussi délétère pour son système respiratoire compte tenu de son affection respiratoire chronique. Un travail dans une fonction sédentaire pourrait cependant convenir. Il avait vu l'assuré les 1^{er} juin et 13 juillet 2010 et avait attesté des incapacités de travail pour les périodes du 1^{er} au 15 juin 2010, du 16 juin au 15 juillet 2010 et du 16 juillet au 31 août 2010. Par pli du 23 septembre 2010, l'assuré a rappelé que le Dr D_____ estimait que sa capacité de travail était très réduite compte tenu de son affection respiratoire. Il avait attesté de ce fait une incapacité de travail du 1^{er} juin au 31 août 2010. Le 24 septembre 2010, l'assureur a reçu une déclaration d'incapacité de travail débutant le 29 août 2010. Par pli du 27 septembre 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'à compter du 1^{er} septembre 2010, il ne bénéficiait plus de la couverture d'assurance de son ancien employeur. Il avait cependant la possibilité de maintenir l'affiliation en qualité de membre individuel. Par rapport du 15 octobre 2010, la Dresse E_____, médecin adjoint auprès du service de neurorééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a diagnostiqué un accident vasculaire cérébral ischémique de l'artère cérébrale postérieure droite survenu le 22 août 2010. Le 29 août 2010, l'assuré s'était rendu aux urgences où cette atteinte avait été diagnostiquée. Il se plaignait d'une vision floue aux champs visuels gauches. Cliniquement, l'assuré présentait une hémianopsie homonyme latérale gauche, des troubles exécutifs et une topographagnosie régressive. Sa capacité de travail était nulle. Le 9 novembre 2010, la Dresse F_____, cheffe de clinique du service de neurorééducation des HUG, a attesté une incapacité de travail totale dès le 29 août 2010 et valable pour le mois de novembre 2010. Par rapport du 26 novembre 2010, le Dr C_____ a maintenu ses conclusions, malgré le rapport du Dr D_____. La cause du lien entre l'incapacité de travail du 17 mai 2010 et la pathologie respiratoire était improbable. Par courrier du 5 janvier 2011, l'assureur a indiqué que le Dr C_____ considérait que les informations complémentaires données par le Dr D_____ ne justifiaient pas la prolongation de l'arrêt de travail. Il existait donc une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% dès le 16 mai 2010. Par demande en paiement du 18 janvier 2011 déposée auprès de la Cour de céans, l'assuré conclut, préalablement, à l'octroi d'un délai pour produire un rapport du Dr F_____ concernant son hospitalisation du 29 août 2010, à l'audition du demandeur et à celle du Dr D_____, et principalement à ce que la défenderesse verse 40'466 fr. avec intérêts dès le 17 octobre 2010 à titre d'indemnités journalières du 17 mai 2010 au 18 janvier 2011 et à ce qu'il a droit au versement des indemnités journalières au-delà du 18 janvier 2011. Le demandeur fait valoir que son état de

santé n'était pas stabilisé en date du 16 mai 2011 et qu'il ne pouvait reprendre son activité d'ébéniste, comme l'avaient attesté les Drs A_____ et D_____. Le demandeur conteste le rapport de la Dresse B_____ dès lors qu'il minimise ses problèmes respiratoires associés à la cyphoscoliose et à l'hypertension artérielle ainsi que celui établi par le Dr C_____. Par ailleurs, il avait été hospitalisé du 29 août au 14 octobre 2010 en raison d'un AVC dû à l'hypertension artérielle. Il s'agissait donc d'une rechute de son état de santé. Il avait donc droit au versement des indemnités journalières à compter du 17 mai 2011. Par réponse du 16 février 2011, la défenderesse conclut au déboutement du demandeur, sous suite de frais et dépens. Elle relève que le contrat a été conclu par la CMBB et non par le Groupe Mutuel. Elle rappelle que selon les experts, la capacité de travail du demandeur est de 100% avec une baisse de rendement de 20% dès le 29 avril 2010. En outre, le demandeur étant sorti du cercle des assurés le 31 août 2010 (date de la fin des rapports de travail), tout droit aux prestations avait cessé à cette date, étant rappelé que le demandeur avait renoncé à son droit de poursuivre sa couverture d'assurance individuelle. Seule était donc litigieuse la période du 29 au 31 août 2010. Or, le délai d'attente de 30 jours s'appliquait puisque l'AVC n'était pas une rechute de l'incapacité de travail du 21 décembre 2009, de sorte que la défenderesse n'avait pas à prester pour la période du 29 au 31 août 2010. C'est donc à raison que la défenderesse avait cessé le versement des indemnités journalières le 16 mai 2010. Par écriture du 18 avril 2011, le demandeur a persisté dans ses conclusions. Il rappelle qu'en date du 16 mai 2010, son état de santé n'était pas stabilisé. En outre, les AVC dont il a souffert le 29 août 2010 étaient en lien direct avec ses problèmes de cyphoscoliose et favorisés par l'hypertension artérielle. A l'appui de ses explications, l'assuré produit un rapport établi le 16 septembre 2010 par la Dresse G_____, cheffe de clinique de neurologie auprès des HUG, un rapport établi le 15 octobre 2010 par la Dresse H_____, médecin adjoint auprès du service de neurorééducation des HUG, un rapport du 3 décembre 2010 de la Dresse I_____, cheffe de clinique en neuro-ophtalmologie auprès des HUG, ainsi qu'un avis du Dr J_____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, médecin conseil de l'Office cantonal de l'emploi du 22 février 2011. Par écriture du 31 mai 2011, la défenderesse persiste dans ses conclusions. Par écriture du 24 juin 2011, le demandeur persiste également dans ses conclusions. Après avoir adressé une copie de ce pli à la défenderesse, la Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès 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 la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. L'assurance complémentaire contre la perte de gain en cas de maladie, objet de la procédure, est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), dont l'art. 46a renvoie, en ce qui concerne le for, à la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Cette loi a toutefois été abrogée avec effet au 1 er janvier 2011, à la suite de l'entrée en vigueur du Code de procédure civile (CPC; RS 291). L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'espèce, l'art. 29 des Conditions générales d'assurances (ci-après CGA) prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la Cour de céans est ainsi

compétente *ratione loci*. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, comme en l'espèce, 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. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. Partant, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance souscrite par son employeur, le demandeur est fondé à agir à l'encontre de la défenderesse, étant précisé que c'est la CAISSE MALADIE SUISSE DU BOIS ET DU BATIMENT (CMBB), en sa qualité d'assureur, qui a signé le contrat d'assurance-maladie collective pour l'indemnité journalière selon la LCA. Déposée par l'assuré devant la juridiction compétente le 18 janvier 2011, pour des prestations d'assurance litigieuses dès le 17 mai 2010, la demande est recevable (art. 130, 244 CPC). Elle n'est pas soumise à une tentative préalable de conciliation (ATAS/557/2011 du 31 mai 2011). La LCA a subi des modifications. La nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353), est entrée en vigueur le 1er janvier 2006, respectivement le 1er janvier 2007. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, soit postérieurement au 1er janvier 2006. Le litige porte sur la question de savoir si le demandeur - qui a reçu des indemnités journalières versées par la défenderesse en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 21 décembre 2009 - a droit à des indemnités journalières pour la période postérieure au 16 mai 2010. a) Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, la procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). 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 plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). b) 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 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). c) Au surplus, la maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt 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 non publié 4C.386/2006 du 18 avril 2007 consid. 4.1 ; ATF 130 III 321 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). Si, à l'issue de l'appréciation des preuves, le juge reste dans le doute, il ne doit appliquer l'art. 8 CC que s'il n'existe pas une règle spéciale de droit fédéral instituant une présomption (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Dès lors qu'il conclut qu'une preuve est apportée, le juge n'a plus à appliquer des règles sur le fardeau de la preuve, à l'exemple de l'art. 8 CC, ou des règles instituant des présomptions. d) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (ATF non publié 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les références citées). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnité journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme l'art. 100 LCA renvoie au CO pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. Les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c). Aux termes du contrat-cadre qui lie les parties, l'assurance couvre les conséquences économiques d'une incapacité de travail due à la maladie. L'indemnité journalière assurée, soit 80% du salaire, est octroyée dès l'expiration d'un délai d'attente de trente jours. Elle est versée à partir de 50% d'incapacité de travail, pendant 720 jours dans une période de 900 jours (art. 4 et 8). D'après les conditions générales de l'assurance collective, édition 1 er septembre 2005 (ci-après CGA), est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 3 al. 5 CGA). En l'occurrence, le demandeur est d'avis que son état de santé l'empêchait d'exercer son activité professionnelle postérieurement au 16 mai 2010. Il se fonde pour cela sur les conclusions des Drs A_____ et D_____. La défenderesse fait valoir, quant à elle, que le demandeur avait une capacité de travail entière, en se référant aux appréciations des Drs B_____ et C_____. Par rapport du 7 juin 2010, la Dresse B_____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail du demandeur, une cyphoscoliose dorso-lombaire et une névralgie cervico-brachiale C6 droite. Tout effort physique important devait être proscrit, le port de charge maximum était de 5kg et les gestes au-dessus de la ligne des épaules devaient être limités. L'hypertension étant de nouveau stabilisée, elle ne générait plus d'incapacité de travail. Dès le 29 avril 2010, la reprise du travail était possible avec une diminution de rendement de 20% en raison de la pathologie rachidienne. L'experte a expliqué par ailleurs que l'incapacité de travail qui avait débuté dès le 21 décembre 2009 était due au traitement de l'hypertension qui avait eu une

conséquence indirecte sur le plan pulmonaire. Ce traitement avait été modifié au début de l'année 2010. Enfin, l'experte a relevé que la cyphoscoliose, bien tolérée sur le plan douloureux, empêchait le demandeur d'avoir une bonne capacité respiratoire et était probablement responsable en partie de l'insuffisance respiratoire chronique. Le Dr C _____, a, quant à lui, diagnostiqué une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) de grade II associé à une cyphoscoliose (rapport du 7 juillet 2010). Les limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle consistaient à éviter les travaux de force induisant à l'essoufflement et l'exposition aux irritants respiratoires. Il a estimé que la capacité de travail du demandeur était totale de suite avec une baisse de rendement de 15%. La Cour de céans constate que les rapports d'expertise des Drs B _____ et C _____ reposent sur des examens du demandeur et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. Les deux expertises sont en outre bien motivées puisqu'elles expliquent notamment les diagnostics retenus et exposent par ailleurs de façon claire et précise les limitations fonctionnelles qu'impliquent les atteintes dont souffre le recourant ainsi que le taux de sa capacité de travail. Leurs conclusions sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière aux deux rapports d'expertise. Il convient encore de déterminer si les médecins qui ont examiné le demandeur émettent une opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts. S'agissant des diagnostics retenus par les experts, la Cour de céans constate que ceux-ci correspondent à ceux relevés par le Dr A _____ (rapport du 15 mars 2010), et par le Dr D _____ (rapport du 16 septembre 2010). S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du demandeur, ces deux médecins sont certes d'avis que leur patient était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle au-delà du 16 mai 2010 pour le Dr A _____ (certificat du 21 mai 2010) et dès le 1^{er} juin 2010 pour le Dr D _____ (rapport du 16 septembre 2010). Leur appréciation, selon laquelle les problèmes respiratoires empêchaient le demandeur de travailler en tant que vernisseur en ébénisterie, ne convainc cependant pas. Le Dr C _____ a en effet expliqué à cet égard, dans son rapport du 7 juillet 2010, que l'insuffisance respiratoire en relation avec la BPCO et la cyphoscoliose était ancienne, d'installation progressive et qualifiée de modérée. Il n'y avait pas eu, selon le dossier médical et l'interrogatoire, de complication notoire, ni d'apparition d'autre facteur de comorbidité. Il n'y avait pas eu non plus d'exacerbation, ni de surinfection ou de décompensation récente. L'insuffisance respiratoire avait certes un retentissement sur le rendement professionnel du demandeur, mais pas sur sa capacité de travail. Par conséquent, l'incapacité de travail totale attestée dès le 17 mai 2010 lui paraissait injustifiée. L'expert a en outre, après avoir pris connaissance de l'appréciation du Dr D _____, maintenu ses conclusions (rapport du 26 novembre 2010). De surcroît, les Drs A _____ et D _____ n'avancent pas de motif médical justifiant de s'écarter des conclusions du Dr C _____. Qui plus est, il n'apparaît pas, au vu des pièces versées au dossier, que les Drs A _____ et D _____ aient fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre des expertises effectuées par le Dr C _____ et la Dresse B _____. Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions des experts. A cet égard, l'audition du Dr D _____, demandée par le demandeur, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire du

demandeur doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le demandeur était, dès le 17 mai 2010, en capacité de travail totale dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 20%. C'est par conséquent à juste titre que la défenderesse a mis fin au versement des indemnités journalières à compter du 17 mai 2010, le demandeur ne subissant alors plus d'incapacité de travail d'au moins 50%. Reste encore à déterminer si le demandeur a droit à des indemnités journalières en raison des AVC diagnostiqués le 29 août 2010. A cet égard, la défenderesse fait valoir que le demandeur n'a plus droit à aucune prestation à partir du 31 août 2010, date à laquelle les rapports de travail ont pris fin. Selon elle, à cette date, la couverture de l'assurance collective a cessé, y compris le droit aux prestations (art. 10 al. 2 let. a CGA). Il convient donc d'examiner si des prestations d'assurance peuvent être servies après la cessation des rapports de travail, en vertu de l'assurance collective contractée par l'employeur. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, dans une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation, contrairement à ce qui est le cas en matière d'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal. Dès lors, si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). Partant, en l'absence de clause conventionnelle limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3, approuvé par Kieser, PJA 2001 p. 707-710, ATF non publié du 7 mai 2002, cause 5C.74/2002 ; MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e éd., 1995, p. 240). La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des polices d'assurance mais elle renvoie au droit des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA). Selon la jurisprudence, les conditions générales font partie intégrante du contrat et 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; 109 II 452 consid. 4; 108 II 416 consid. 1b). Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Le juge s'efforcera, en premier lieu, de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions et dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de leur convention (art. 18 al. 1 CO; ATF 127 III 444 consid. 1 b). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 consid. 2a; 118 II 342 consid. 1a p. 344-345; 112 II 245 consid. II/1c p. 253-254). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son

comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279 consid. 2c/ee p. 287 et les références doctrinales). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") ce qui présuppose pour le moins que les clauses litigieuses ne soient pas claires (ATF 122 III 118 consid. 2a et arrêts cités); l'art. 33 in fine LCA, qui prévoit que les clauses d'exclusion ne sont opposables à l'assuré que si elles sont rédigées de façon précise et non équivoque, en est une concrétisation (ATF 115 II 264 consid. 5a p. 269). Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés. Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a p. 344; 100 II 144 consid. 4c p. 153; 99 II 290 consid. 5 p. 292). La règle "in dubio contra assicuratorem" n'a pas pour effet de rendre inapplicable la clause litigieuse, ce qui est le cas de la clause qualifiée d'insolite, mais elle exige d'interpréter la disposition en défaveur de l'assureur (ATF 116 II 345 consid. 2b p. 347; 115 II 264 consid. 5a p. 268). La validité des conditions générales d'affaires préformées doit 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; 109 II 452 consid. 5b et les réf. citées; 5C.74/2002). Pour savoir si les parties contractantes ont, en l'espèce, limité conventionnellement le droit aux prestations au-delà de la période de couverture du contrat d'assurance collective, il convient, en application des principes rappelés supra, de se référer aux CGA et au contrat-cadre signé. Les dispositions des CGA litigieuses, dans ce qu'elles ont d'utile à retenir pour la présente espèce, ont la teneur suivante: « Art. 6 Durée de couverture La durée du droit aux prestations est fixée dans la police. a. Couverture en coordination LPP : les prestations sont allouées par cas jusqu'au moment où s'ouvre le droit à la rente LPP. A cette date, la couverture ainsi que le droit aux prestations prennent fin. Dans tous les cas, les indemnités sont octroyées au plus jusqu'à épuisement du droit aux prestations prévu dans le contrat. b. Couverture élargie : sauf disposition contraire, la durée du droit aux prestations est de 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs pour une ou plusieurs incapacités de travail. » « Art. 10 Début et fin de la couverture d'assurance (...) 2. La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés. (...) » S'agissant de la durée des prestations, le contrat-cadre d'assurance conclu entre la défenderesse et l'employeur, prévoit une couverture pour maladie d'une durée de 720 jours dans une période de 900 jours avec imputation d'un délai d'attente de 30 jours (art. 4). En l'espèce, la Cour de céans

constate que les CGA, malgré l'intitulé des articles précités, distinguent l'étendue des prestations (art. 6 CGA), de la durée de la couverture d'assurance (art. 10 CGA). En tant qu'elle dispose que le droit aux prestations cesse lorsque l'assuré sort du cercle des assurés, la clause de l'art. 10 al. 2 let. a CGA, inscrite dans l'article relatif à la durée du contrat d'assurance, ne permet pas de comprendre, sans ambiguïté aucune, qu'elle s'applique aussi aux événements ayant déjà donné lieu au versement de prestations avant la fin de la couverture d'assurance. L'art. 10 al. 2 let. 2 CGA pourrait en effet de bonne foi être compris comme voulant rappeler que, pour les sinistres qui surviennent lorsque l'assuré ne fait plus partie du cercle des assurés, l'assureur n'est plus tenu à aucune prestation. Compte tenu de l'emplacement de cette clause limitative, contenue dans la disposition relative à la durée de la couverture d'assurance, et non dans celle relative au versement des prestations, une interprétation objective, selon les règles de la bonne foi, ne permet pas de comprendre de manière non équivoque que l'assureur a voulu, s'agissant des sinistres en cours d'indemnisation, supprimer le droit aux prestations au-delà de la période de couverture. Il importe de considérer en effet qu'en définissant précisément la durée maximale des prestations (720 jours en l'espèce), la défenderesse a limité son obligation d'intervenir, d'une manière tout à fait générale, sans faire référence au problème spécifique de la fin du contrat. Si elle avait voulu déroger au régime général de l'assurance d'indemnités journalières selon la LCA, selon lequel la fin de la couverture d'assurance n'entraîne pas automatiquement la cessation des prestations en cours, la défenderesse aurait dû l'indiquer de manière plus claire, en faisant expressément référence aux événements en cours d'indemnisation, et faire figurer cette limitation dans le cadre de l'art. 6 CGA, qui concerne la durée du droit aux prestations. En tout état de cause, en présence de deux interprétations possibles de la limitation prévue à l'art. 10 al. 2 let. a CGA, il convient de choisir la plus défavorable à l'assureur, auteur des CGA, en application du principe « in dubio contra stipulatorem ». Dans ces conditions, la question de savoir si la limitation voulue par la défenderesse est une clause insolite, en tant qu'elle déroge, au détriment de l'assuré, au régime général qui veut que la fin de la couverture d'assurance ne met pas fin aux prestations en cours, peut rester ouverte. En conclusion, la Cour de céans constate que le contrat d'assurance collective en cause ne contient pas de clause limitative claire, supprimant le droit aux prestations pour les sinistres survenus durant la période de couverture, dès que l'assuré individuel sort du cercle des assurés. C'est donc à tort que la défenderesse a considéré que la fin des rapports de travail entraînait, automatiquement, la suppression du versement des prestations. Reste encore à déterminer si le demandeur a droit à des prestations suite aux AVC diagnostiqués le 29 août 2010. L'indemnité journalière est versée à partir de 50% d'incapacité de travail proportionnellement au degré de celle-ci (art. 8 contrat-cadre). L'indemnisation de l'incapacité de travail ne pourra avoir lieu qu'à réception d'un certificat intermédiaire ou final (reprise du travail). Le certificat intermédiaire doit être remis à l'assureur une fois par mois. Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur n'indemniserait l'assuré que jusqu'à la date de l'établissement du certificat attesté par le praticien ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours (art. 12 ch. 14 CGA). L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi (art. 12 ch. 15 CGA). Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité de travail, sauf s'il s'agit d'un cas de rechute. Par rechute, il faut entendre une incapacité de travail rattachée médicalement à un cas antérieur (art. 5 contrat-cadre). En l'occurrence, il ressort des pièces versées au dossier que le demandeur a souffert de deux AVC avec hémianopsie homonyme latérale gauche, topographagnosie régressive et des troubles

exécutifs. En raison de ces atteintes, le demandeur a été hospitalisé du 29 août au 12 octobre 2010 (rapport du 16 septembre 2010 de la Dresse G _____ et rapport du 15 octobre 2010 de la Dresse H _____). A sa sortie, la capacité de travail du demandeur était nulle (rapport du 15 octobre 2010 précité). Enfin, le 9 novembre 2010, la Dresse F _____, cheffe de clinique du service de neuroéducation des HUG, a établi un certificat attestant de la prolongation de l'incapacité de travail totale, précisant que le certificat était valable pour le mois de novembre 2010. La Cour de céans constate, au vu de la teneur de ces pièces, que l'existence d'une incapacité de travail totale est, au degré de la vraisemblance prépondérante, établie pour la période du 29 août au 30 novembre 2010 en tout cas. Pour la période postérieure, il incombera au demandeur de fournir à la défenderesse les certificats médicaux attestant de son éventuelle incapacité de travail. Par ailleurs, contrairement à ce que fait valoir le demandeur, aucun rapport médical ne permet de retenir que l'incapacité de travail qui a débuté le 29 août 2010 (justifiée par la survenance de deux AVC) serait rattachée médicalement à l'incapacité de travail qui avait débuté le 21 décembre 2009 (justifiée par la décompensation de problèmes pulmonaires). Il s'ensuit que compte tenu d'une incapacité de travail totale dès le 29 août 2010, le demandeur a droit au versement d'une indemnité journalière entière dès l'expiration du délai d'attente de 30 jours, soit à compter du 28 septembre 2010. Enfin, 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. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 du CO applicable par renvoi de l'art. 100 LCA. En l'espèce, le demandeur a interpellé la défenderesse le 7 septembre 2010, par l'intermédiaire de l'ASSUAS. Par ailleurs, l'indemnité journalière entière litigieuse était échue en tous les cas dès le 7 octobre 2010 puisque la défenderesse savait dès le 8 septembre 2010 que le demandeur était hospitalisé depuis le 29 août 2010 au service de neurologie des HUG. L'indemnité journalière due dès le 28 septembre 2010 était donc échue au 7 octobre 2010. Il convient donc d'admettre que l'intérêt moratoire de 5% est dû à partir du 7 octobre 2010. La demande sera donc admise partiellement, la défenderesse sera condamnée à verser les indemnités journalières entières dès le 28 septembre 2010 jusqu'au 30 novembre 2010 en tout cas, majorées d'un intérêt à 5% dès le 7 octobre 2010. Le demandeur obtenant gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : L'admet partiellement. Condamne la défenderesse à verser au demandeur des indemnités journalières entières du 28 septembre 2010 jusqu'au 30 novembre 2010, majorées d'un intérêt à 5% dès le 7 octobre 2010, ainsi que pour la période postérieure au 30 novembre 2010 au sens des considérants. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF. Selon l'art. 74 LTF, dans les affaires pécuniaires, le recours n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 francs (al. 1). Même lorsque la valeur litigieuse n'est

pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (al. 2). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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