

GE_GERICHTE A/2365/2024 vom 4. Juli 2025

GE Cour de justice, 2025-07-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2365_2024

FR: GE_GERICHTE A/2365/2024 du 4 juillet 2025

IT: GE_GERICHTE A/2365/2024 del 4 luglio 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la 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). Selon la police d'assurance, qui se réfère aux conditions générales pour l'assurance maladie collective (ci-après : CG), en particulier son art. 28 CG, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

S'agissant de la compétence à raison du lieu, il convient de retenir ce qui suit.

E. 1.2.1

La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35 a et 35 b (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812). En l'occurrence, le contrat entre la demanderesse et la défenderesse a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 1.2.2

L'art. 46a LCA, dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2022, 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, auquel il convient de se référer. Selon l'art. 17 CPC, sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (al. 1). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en

établir la preuve par un texte (al. 2). L'art. 18 CPC prévoit par ailleurs que, sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence. L'art. 29 CG prévoit que la défenderesse peut être poursuivie par le preneur d'assurance et la personne assurée à son siège et par les employés assurés disposant d'un droit d'action direct envers la défenderesse, soit au siège de cette dernière, soit à leur lieu de travail.

E. 1.2.3

En l'occurrence, la défenderesse a son siège à Wallisellen (Zurich). La demanderesse a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève et la défenderesse a procédé sans faire de réserve. S'ajoute à cela que la prorogation de for prévue par l'art. 29 CG précité a été transférée par l'assuré à la demanderesse vu la cession de créance du 31 mai 2024 (art. 170 al. 1 CO). La chambre de céans est partant également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 1.3

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 1.4

Reste à examiner la qualité pour agir de la demanderesse.

E. 1.4.1

Le succès de toute action en justice suppose que les parties demanderesse et défenderesse aient respectivement, sur chacune des prétentions en cause, qualité pour agir et pour défendre au regard du droit applicable (ATF 136 III 365 consid. 2.1 ; 126 III 59 consid. 1a p. 63). Dans une action en paiement, la qualité pour agir appartient au créancier de la somme réclamée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_323/2016 du 8 juillet 2016 consid. 6). La légitimation active ou passive dans un procès civil relève du fondement matériel de l'action ; elle appartient au sujet (actif ou passif) du droit invoqué en justice et son absence entraîne, non pas l'irrecevabilité de la demande, mais son rejet (ATF 128 III 50 consid. 2b/bb p. 55 et les références). La question de la qualité pour agir (légitimation) doit être examinée d'office (art. 57 CPC ; ATF 130 III 550 consid. 2 p. 551 s. ; 126 III 59 consid. 1a p. 63), mais dans les limites des faits allégués et établis lorsque le litige est soumis à la maxime des débats (art. 55 al. 1 CPC). La qualité pour agir appartient à celui qui est titulaire du droit litigieux ; ainsi le créancier d'une créance a la qualité pour agir au procès ayant pour objet cette créance (Fabienne HOHL, Procédure civile, tome I, 2001, ch. 438 p. 98). En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA jusqu'au 31 décembre 2021 et l'art. 95a LCA depuis le 1er janvier 2022 – tous deux de nature impérative (cf. art. 98 LCA), l'assurance collective contre les accidents ou la maladie donne au bénéficiaire, dès qu'un accident ou une maladie est survenu, un droit propre contre l'assureur. Un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA, couvrant les employés pour le risque de perte de gain en cas de maladie, est une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (soit le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (arrêt du Tribunal fédéral 4A_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 4.2). Ce droit propre a pour conséquence que seul le bénéficiaire

(assuré) est titulaire de la prestation d'assurance. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la nature même du contrat d'assurance collective d'indemnité journalière présuppose que celle-ci soit acquittée entre les mains de l'assuré en faveur duquel il a été conclu, ledit paiement intervenant en lieu et place de l'obligation de l'employeur de verser le salaire. Ce contrat (ou, plus correctement, son mode d'exécution) peut être comparé à une stipulation pour autrui parfaite: le tiers dispose d'un droit de créance propre contre le promettant et peut agir en exécution dès que la créance est exigible, le débiteur ne pouvant par ailleurs se libérer qu'en faisant sa prestation au tiers (art. 112 al. 2 CO). L'assuré ne devient toutefois pas partie au contrat et, partant, l'employeur (preneur d'assurance) est toujours le débiteur des primes d'assurance. Le fait que le preneur d'assurance (employeur) et l'assureur puissent convenir du versement des indemnités journalières à l'employeur ne change rien aux considérations qui précèdent. Ce type de clauses contractuelles n'a trait qu'aux modalités d'encaissement des cotisations et de versement des indemnités journalières (ATF 141 III 112 consid. 4.3 et 4.4). Une cession de créance (cf. art. 164 ss CO) fait passer au cessionnaire la qualité pour agir (arrêts du Tribunal fédéral 4A_145/2016 du 19 juillet 2016 consid. 4.2 et 4A_590/2016 du 26 janvier 2017 consid. 2.2). La cession de créance est un acte de disposition bilatéral reposant sur la manifestation réciproque et concordante des volontés du cédant et du cessionnaire. À défaut d'une telle manifestation, elle n'existe pas. Comme pour tout contrat, il y a lieu de rechercher la réelle et commune intention du cédant et du cessionnaire, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont ils ont pu se servir (art. 18 al. 1 CO; arrêt du Tribunal fédéral 4C.275/2003 du 29 janvier 2004). Selon l'art. 165 al. 1 CO, la cession n'est valable que si elle a été constatée par écrit.

E. 1.4.2

En l'occurrence, l'assuré, qui disposait d'un droit propre pour agir contre la défenderesse, selon les art. 87 LCA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) et 98a LCA (en vigueur depuis le 1er janvier 2022), a valablement cédé sa créance à la société par acte du 31 mai 2024. Partant, la demanderesse doit se voir reconnaître la qualité pour agir, sous réserve de ce qui suit.

E. 1.5

Pour le reste, la demande respecte les exigences de forme prévues à l'art. 244 CPC, si bien qu'elle est recevable.

E. 2

Le litige, tel que circonscrit par les conclusions réduites dans les déterminations finales de la demanderesse du 2 mai 2025, porte sur le droit de celui-ci à un montant de CHF 45'156.50 correspondant aux indemnités journalières qu'elle estime dues pour la période du 17 juillet 2023 jusqu'au jour de la demande.

E. 3

La défenderesse conclut à l'irrecevabilité des pièces produites par la demanderesse le 17 janvier 2025 et de ses déterminations sur l'application de l'art. 40 LCA.

E. 3.1

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

E. 3.2

Selon l'art. 244 al. 1 CPC, la demande contient la désignation des parties (let. a), les conclusions (let. b), la description de l'objet du litige (let. c) ; si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d), la date et la signature (let. e). Une motivation n'est pas nécessaire (al. 2). Sont joints à la demande, le cas échéant : la procuration du représentant (let. a), l'autorisation de procéder ou la déclaration de renonciation à la procédure de conciliation (let. b), les titres disponibles présentés comme moyens de preuve (let. c). Ainsi, en procédure simplifiée, il n'est exigé ni bordereau, ni indication de l'invocation de ces pièces par rapport à des allégations précises, ce qui n'empêche évidemment pas qu'il soit préférable de les inventorier et de les numéroter, voire de les réunir en cahier ou onglet, en particulier lorsqu'elles sont nombreuses (Denis TAPPY, Commentaire romand de la LCA, n. 20 ad art. 244). L'art. 244 al. 1 CPC prévoit ainsi des simplifications par rapport à la demande en procédure ordinaire. En effet, en procédure ordinaire, la demande doit contenir l'indication, pour chaque allégation, des moyens de preuves proposés. Selon la jurisprudence, cette disposition implique que la partie présente son moyen de preuve immédiatement après l'allégué, de telle sorte que l'offre de preuve se rapporte sans équivoque à l'allégué à prouver et inversement (ATF 144 III 67 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_31/2024 du 11 janvier 2024 consid. 4.1.3).

E. 3.3

Selon l'art. 229 al. 3 CPC, applicable par le renvoi de l'art. 219 CO, lorsqu'il doit établir les faits d'office, le tribunal admet des faits et moyens de preuve nouveaux jusqu'aux délibérations. Selon l'art. 247 al. 2 CPC, le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'art. 243 al. 2 CPC, dont en particulier les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (let. f).

E. 3.4

Selon l'art. 244 al. 2 CPC, une motivation n'est pas nécessaire en procédure simplifiée.

E. 3.5

Sous réserve de la description de l'objet du litige selon l'art. 244 al. 1 let. c CPC, la demande simplifiée n'a pas besoin de renfermer des allégués de fait ou de droit et le demandeur n'est pas davantage tenu d'indiquer les moyens de preuve qu'il souhaite voir administrer. La demande simplifiée peut toutefois évidemment comprendre aussi une motivation, pour laquelle le demandeur dispose alors d'une grande latitude : il peut donner des indications relativement détaillées sur les faits et les preuves offertes, mais sans respecter le moule formel impliqué par l'art. 221 al. 1 let. e CPC. Il peut aussi procéder entièrement selon les formes applicables en procédure ordinaire, avec ou sans motivation juridique, notamment lorsqu'il est représenté par un représentant professionnel. Le caractère facultatif de la motivation de la demande, qui vaut aussi à l'égard du défendeur dans le cadre de ses éventuelles déterminations écrites, implique qu'en procédure simplifiée les parties pourront très largement introduire encore des faits ou des offres de preuves aux débats (Denis TAPPY, Commentaire romand de la LCA, n. 15ss ad art. 244).

E. 3.6

En l'occurrence, la recevabilité des pièces produites par la demanderesse le 17 janvier 2025 doit être admise. La chambre de céans établit en effet les faits d'office conformément à

l'art. 247 al. 2 cum 234 al. 2 let. f CPC, si bien que les faits et moyens de preuve nouveaux sont admis jusqu'aux délibérations. Il n'est au demeurant pas nécessaire, en procédure simplifiée, d'invoquer ces pièces par rapport à des allégations précises. Ces pièces visent, en tout état, à démontrer la réalité des relations de travail entre la demanderesse et l'assuré. Or, cet élément fait partie des allégués contenus dans la demande en paiement du 11 juillet 2024. Il en va de même des déterminations de la demanderesse du 17 janvier 2025 sur l'application de l'art. 40 LCA. Certes, la chambre de céans ne l'avait invitée qu'à se déterminer sur la possibilité de limiter la procédure à cette question. Or, compte tenu de la grande latitude dont dispose le demandeur en procédure simplifiée, il y a lieu de déclarer de telles déterminations recevables. C'est le lieu de préciser que son argumentation juridique à ce sujet figurait déjà en grande partie dans sa demande en paiement et que la défenderesse a pu y répondre de manière détaillée dans ses plaidoiries finales.

E. 4

La défenderesse conclut à l'absence de légitimation active de la société s'agissant de la conclusion en paiement des frais d'expertise.

E. 4.1

Selon l'art. 164 al. 1 CO, le créancier peut céder son droit à un tiers sans le consentement du débiteur, à moins que la cession n'en soit interdite par la loi, la convention ou la nature de l'affaire.

E. 4.2

L'objet d'une cession sont des créances (Forderung, credito), indépendamment de leur source (p.ex. contrat, testament, acte illicite, enrichissement illégitime) et du domaine dont elles relèvent (p.ex. droit de la famille, droits réels, droit des successions, droit des obligations). Par « créance », il faut entendre le droit subjectif du titulaire (créancier) à une prestation (positive ou négative) du débiteur (Thomas PROBST, Commentaire romand du CO, n. 16 ad art. 164 CO).

E. 4.3

En l'occurrence, l'assurance a réclamé à l'assuré le remboursement des frais engagés lors de la gestion du sinistre d'un montant total de CHF 5'222.-. Cette somme correspond aux frais de l'expertise médicale du Dr G_____. Comme le relève la défenderesse, ces frais ne constituent pas une créance de l'assuré à l'encontre de la société, mais une dette de ce dernier envers l'assurance. Ils ne sauraient ainsi faire l'objet d'une cession en faveur de la société. La demanderesse ne dispose donc pas de légitimation active pour réclamer le paiement de ces frais à l'assurance, si bien que sa demande sera rejetée sur ce point.

E. 5

Il convient d'examiner si la demanderesse a droit à un montant de CHF 45'156.50 à titre d'indemnités journalières pour la période du 17 juillet 2023 jusqu'au jour de la demande.

E. 5.1

L'art. 247 al. 2 let. a CPC constitue une disposition spéciale qui instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid. 2.1). Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). 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). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). La maxime inquisitoire sociale ne dispense pas les parties de collaborer à l'établissement des faits et de désigner les preuves à administrer. Le juge ne doit s'assurer du caractère complet des allégations et des moyens de preuve que s'il existe des doutes sérieux sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 4A_491/2014 du 30 mars 2015 consid. 2.6.1). Lorsqu'une partie admet expressément un fait allégué par l'autre, la maxime inquisitoire sociale ne permet au juge de s'en écarter ou d'interpeller la partie désavantagée par cette admission que si l'inexactitude de l'allégué ressort clairement des pièces du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 4A_360/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.2). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 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 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il 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).

E. 5.2

Selon l'art. 8 CC, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent la réduction ou l'extinction du droit (faits destructeurs), ou empêchent sa naissance (faits dirimants) (ATF 141 III 241 consid. 3.1 ; 139 III 13 consid. 3.1.3.1). Conformément à ces principes qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, il incombe à l'assuré ou à l'ayant droit d'alléguer et de prouver l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du sinistre assuré ainsi que l'ampleur de sa prétention (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Lorsque la preuve stricte est impossible à rapporter (état de nécessité en matière de preuve), le degré de preuve requis est réduit à la vraisemblance prépondérante. Tel est fréquemment le cas s'agissant de la preuve de la survenance du sinistre, en particulier en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_671/2010 du 25 mars 2011 consid. 2.3 et les arrêts cités). L'art. 8 CC confère à l'assureur le droit à la contre-preuve; il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance prépondérante que l'ayant droit s'efforce d'établir. Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des

éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 p. 326 s. ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_180/2010 du 3 août 2010 consid. 2.4.1 ; 4A_186/2009 du 3 mars 2010 consid. 6.2.2. et 6.3).

E. 5.3

Par le contrat individuel de travail, le travailleur s'engage, pour une durée déterminée ou indéterminée, à travailler au service de l'employeur et celui-ci à payer un salaire fixé d'après le temps ou le travail fourni (art. 319 al. 1 CO). Les éléments caractéristiques de ce contrat sont une prestation de travail, un rapport de subordination, un élément de durée et une rémunération (arrêts du Tribunal fédéral 4A_141/2023 du 9 août 2023 consid. 3.1.2 ; 4A_53/2021 du 21 septembre 2021 consid. 5.1.3 ; 4A_64/2020 du 6 août 2020 consid. 6.1 et les arrêts cités ; 4A_10/2017 du 19 juillet 2017 consid. 3.1).

E. 5.4

Le contrat de travail se distingue avant tout des autres contrats de prestation de services, en particulier du mandat, par l'existence d'un lien de subordination (ATF 125 III 78 consid. 4 ; 121 I 259 consid. 3a ; 112 II 41 consid. 1a ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A_64/2020 précité consid. 6.2 et les arrêts cités), qui place le travailleur dans la dépendance de l'employeur sous l'angle personnel, organisationnel et temporel ainsi que, dans une certaine mesure, économique (ATF 121 I 259 consid. 3a ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A_64/2020 précité consid. 6.2 et les arrêts cités). Le travailleur est assujéti à la surveillance, aux ordres et instructions de l'employeur; il est intégré dans l'organisation de travail d'autrui et y reçoit une place déterminée (arrêts du Tribunal fédéral 4A_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A_64/2020 précité consid. 6.3.1 ; 4A_10/2017 précité consid. 3.1 ; 4A_200/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.2.1 et les arrêts cités). En principe, des instructions qui ne se limitent pas à de simples directives générales sur la manière d'exécuter la tâche, mais qui influent sur l'objet et l'organisation du travail et instaurent un droit de contrôle de l'ayant droit, révèlent l'existence d'un contrat de travail plutôt que d'un mandat (arrêts du Tribunal fédéral 4A_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A_64/2020 précité consid. 6.3.1 et les arrêts cités). Les critères formels, tels l'intitulé du contrat, les déclarations des parties ou les déductions aux assurances sociales, ne sont pas à eux seuls déterminants (arrêts du Tribunal fédéral 4A_53/2021 précité consid. 5.1.3.2 ; 4A_64/2020 précité consid. 6.4 et les arrêts cités). Il faut bien plutôt tenir compte de critères matériels relatifs à la manière dont la prestation de travail est effectivement exécutée, tels le degré de liberté dans l'organisation du travail et du temps, l'existence ou non d'une obligation de rendre compte de l'activité et/ou de suivre les instructions, ou encore l'identification de la partie qui supporte le risque économique. Seul l'examen de l'ensemble des circonstances du cas concret permet de déterminer si l'activité en cause est exercée de manière dépendante ou indépendante (ATF 130 III 213 consid. 2.1; 129 III 664 consid. 3.2; 128 III 129 consid. 1a/aa).

E. 5.5

Devant la chambre de céans, la défenderesse conteste la réalité du contrat de travail liant l'assuré à la demanderesse. La police d'assurance se réfère aux CG, dont l'art. 5 al. 1 prévoit que sont assurées les personnes qui entretiennent un rapport de travail contractuel avec le preneur d'assurance. Ainsi, dès lors que la police d'assurance litigieuse requiert l'existence d'un contrat de travail, ce point doit être examiné en premier lieu. En l'occurrence, la demanderesse a produit un contrat de travail, daté du 8 mars 2023, pour un

poste de « responsable administratif » auprès de la société à compter du 1^{er} mai 2023. Le salaire mensuel brut s'élevait à CHF 6'000.- pour un taux d'activité de 80%. Le contrat ne contient aucune description de la prestation de travail attendue de l'intéressé. Entendu en audience, l'associé-gérant de la demanderesse a expliqué qu'il avait engagé l'intéressé pour « développer les restaurants et établir le business model », précisant que ce dernier avait « effectivement établi le business model ». Or, entendu en audience, l'assuré a indiqué que le « business plan » avait été établi en 2016 et qu'il n'avait pas été changé depuis (cf. pièce 50 demanderesse). Il a ajouté n'avoir pas eu le temps de rendre de « business plan » ou de prendre contact avec des fournisseurs. Il s'agissait surtout de « mettre de l'ordre dans les documents administratifs ». Or, sur ce point, la prestation de travail de l'assuré n'apparaît pas différente de celle qui était la sienne lorsqu'il agissait en qualité de comptable indépendant pour la société. Les pièces transmises par la demanderesse, en particulier les extraits de messages WhatsApp et échanges de courriels pour la période du 1^{er} mai au 15 juin 2023 (pièces 46 et 52 demanderesse), qui évoquent un travail purement administratif, ne permettent pas de démontrer que l'intéressé a cherché à prendre contact avec des fournisseurs ou à établir un « business model ». L'assuré a d'ailleurs indiqué en audience qu'il n'avait pas de séances avec des collègues et qu'il passait au travail au minimum une fois par semaine pour relever le courrier. Ces éléments mettent ainsi en doute les déclarations de la demanderesse selon lesquelles l'intéressé était engagé pour développer les restaurants et établir un « business model », aucun élément au dossier ne permettant de confirmer que l'intéressé a concrètement réalisé ces prestations. Tout porte en réalité à croire, comme on le verra plus loin, que l'intéressé a continué à exercer son activité de comptable indépendant qu'il exerçait jusqu'à la conclusion du prétendu « contrat de travail ». Ces doutes sont renforcés par le fait que la demanderesse n'apporte pas la moindre preuve du versement d'une rémunération pour les mois de mai à juillet 2023. Aucun élément au dossier ne permet d'établir qu'un salaire aurait été versé. La demanderesse soutient certes que celui-ci aurait été réglé en espèces. Les seules pièces produites par l'intéressée à l'appui de cette allégation consistent en des décomptes de salaire signés par l'assuré pour la période considérée. Il est toutefois piquant de constater que le décompte de salaire signé pour le mois de mai 2023 n'a été produit que le 17 janvier 2025, alors même que l'assurance sollicitait des preuves de versement du salaire depuis septembre 2023. Quoiqu'il en soit, les prétendus versements de salaire ne sont corroborés par aucune pièce comptable. En effet, les extraits PostFinance, produits par la demanderesse, ne mentionnent aucun prélèvement correspondant aux salaires prétendument versés à l'intéressé, soit un salaire de CHF 5'593.80 versé à l'assuré le 26 mai 2023 pour le travail effectué en mai 2023 (cf. fiche de salaire pour le mois de mai 2023, signé par ce dernier le 26 mai 2023 : pièce 51 demanderesse), un salaire de CHF 5'593.80 versé à l'assuré le 27 juin 2023 pour le travail effectué en juin 2023 (cf. fiche de salaire pour le mois de juin 2023, signé par ce dernier le 27 juin 2023 : pièce 8 demanderesse) et un salaire de CHF 2'999.25 versé à l'assuré le 28 juillet 2023 pour le travail effectué en juillet 2023 (cf. fiche de salaire pour le mois de juillet 2023, signé par ce dernier le 28 juillet 2023 : pièce 8 demanderesse). Quant à la comptabilité de la société, le « Compte 1000 Caisse » de celle-ci, établi le 12 octobre 2023, et couvrant la période du 1^{er} mars 2023 au 30 juin 2023, ne mentionne aucun paiement de salaire qui aurait été versé à l'assuré pour le travail effectué en mai et juin 2023. Devant la chambre de céans, la demanderesse a produit un nouvel extrait de « Compte 1000 Caisse » de la société établi le 15 novembre 2023 et couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023. Il ressort de ce document que pour la même période du 17 mai au 30 juin

2023, de nombreux débits intitulés « rapport caisse » et « salaire » - dont des versements à l'assuré - ont été intégrés à la comptabilité de la société, alors qu'ils n'y figuraient pas dans celle établie le 12 octobre 2023. À cet égard, les explications de la demanderesse, selon lesquelles les documents transmis le 12 octobre 2023 n'indiquaient que les dépenses (d'achats) effectuées par la société entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2023, et non les salaires versés aux employés durant cette période, ne sont pas crédibles. Il ressort en effet du courriel de l'assurance du 2 octobre 2023 (pièce 13 défenderesse), précédant la transmission de l'extrait de compte établi le 12 octobre 2023, qu'elle sollicitait un extrait complet de la caisse de la société et de tous les prélèvements en relation avec le versement du salaire de l'assuré. Dans ces conditions, on ne peut accorder aucune valeur à l'extrait de compte établi postérieurement à celui du 12 octobre 2023. Il en va de même du « Compte 2022 Dettes résultant de charges de personnel » et du document intitulé « traitements et salaires bruts 2023 » (documents annexés à la pièce 18 demanderesse), tous deux établis le 23 novembre 2023. Il s'ensuit que la demanderesse n'a pas réussi à prouver la réalité du versement du salaire à l'assuré. D'ailleurs, questionné à ce sujet lors de l'audience devant la chambre de céans, l'assuré, qui a pourtant déclaré s'occuper de la comptabilité de la société, a indiqué qu'il n'avait pas tenu compte de ses propres récépissés de salaire dans la comptabilité de la société car il « avait d'autres tâches à faire ». Or, une telle négligence dans la comptabilité de la société ne peut qu'interpeller. Quant au critère du lien de subordination, l'associé-gérant de la demanderesse a expliqué en audience que l'assuré n'avait pas de bureau au sein de la société. Un bureau était toutefois à disposition dans une autre de ses sociétés, étant précisé qu'il travaillait aussi dans des cafés ou à la maison. Il n'y avait pas d'horaires fixes de travail, l'assuré travaillant selon ses propres horaires, et il ne contrôlait pas son temps de travail. Au vu de ces éléments, force est de constater que le critère du rapport de subordination fait également défaut en l'espèce. En réalité, l'ensemble de ces éléments amène à penser que l'assuré a continué à exercer l'activité de comptable indépendant, qu'il effectuait pour la société avant la conclusion du « contrat de travail » litigieux. La poursuite pure et simple du contrat de mandat pourrait d'ailleurs expliquer la confusion quant à la date effective de la prise d'emploi. On rappellera qu'alors que le contrat de travail mentionne un début d'activité le 1^{er} mai 2023, la déclaration de maladie indique que le contrat a débuté le 1^{er} juin 2023. L'assuré a d'ailleurs lui-même omis d'évoquer son activité de « responsable administratif » pour la société demanderesse, puisqu'il a indiqué aux médecins du CAPPI en août 2023 qu'il travaillait « à 60% comme responsable des ressources humaines et à 20% dans l'entreprise de recrutement d'un ami » (cf. rapport d'expertise du Dr G_____ du 5 janvier 2024, p. 2). On notera, en tant que la demanderesse a contesté cet allégué, que la Dre L_____ a confirmé en audience la teneur du rapport du CAPPI sur ce point. Enfin, dans la demande de paiement du 11 juillet 2024, la demanderesse n'a produit, devant la chambre de céans, que les décomptes de salaire pour les mois de juin et juillet 2023. Le décompte de salaire pour le mois de mai 2023 n'a été produit qu'à l'audience du 15 novembre 2024. S'ajoute à cela que l'engagement d'un « responsable administratif » pour un salaire mensuel de CHF 6'000.- alors que la société subissait d'importantes difficultés financières apparaît peu crédible. Il n'est en effet pas contesté que pour l'année 2022, la demanderesse a subi une perte d'environ CHF 70'000.- (pièce 117 défenderesse). Or, selon les déclarations de la demanderesse, l'activité de comptable indépendant était rémunérée à hauteur de CHF 500.- par mois. Il est ainsi pour le moins curieux que la demanderesse, en proie à d'importantes difficultés financières, soit disposée à engager l'assuré pour un salaire douze fois supérieur à celui de comptable

indépendant, sans que la différence de prestations entre les deux activités n'ait été aucunement démontrée. On rappellera enfin que les intéressés se connaissent de longue date, l'associé-gérant de la demanderesse ayant fait état, en audience, d'une confiance mutuelle. Au vu de l'ensemble de ces éléments, en particulier des rapports personnels liant les intéressés, de l'absence de lien de subordination, de la prestation de travail effective réalisée - correspondant à celle de comptable indépendant -, des difficultés financières de la demanderesse, de l'absence de preuve quant au versement d'une rémunération et des déclarations contradictoires des intéressés quant à l'existence et la date de la prise d'emploi, il convient de retenir que la demanderesse n'a pas réussi à prouver la réalité du contrat de travail la liant à l'assuré. Dès lors que la police d'assurance litigieuse, qui se réfère aux CG, requiert l'existence d'un contrat de travail, ce que la demanderesse ne conteste pas, le droit aux prestations d'assurance-maladie collective n'est pas ouvert. La demande doit dès lors également être rejetée sur ce point. Le droit à des indemnités journalières étant exclu, la mise en œuvre d'une expertise pour évaluer la capacité de travail de l'assuré s'avère superflue.

E. 6

Reste à examiner si la demanderesse peut prétendre à sa réintégration dans le cercle des assurés.

E. 6.1

À teneur de l'art. 40 LCA, si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, ou si, dans le but d'induire l'assureur en erreur, il ne fait pas ou tardivement les communications que lui impose l'art. 39 LCA, l'assureur n'est pas lié par le contrat envers l'ayant droit. Cette disposition précise que sur demande de l'assureur, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre. D'un point de vue objectif, la dissimulation ou la déclaration inexacte doit porter sur des faits qui sont propres à remettre en cause l'obligation même de l'assureur ou à influencer sur son étendue. Il faut, en d'autres termes, constater que, sur la base d'une communication correcte des faits, l'assureur aurait versé une prestation moins importante, voire aucune. Ainsi en est-il lorsque l'ayant droit déclare un dommage plus étendu qu'en réalité, par exemple lorsque l'atteinte à la santé n'est pas aussi grave qu'annoncée. En plus, l'ayant droit doit, sur le plan subjectif, avoir l'intention de tromper. Il faut qu'il ait agi avec la conscience et la volonté d'induire l'assureur en erreur, afin d'obtenir une indemnisation plus élevée que celle à laquelle il a droit; peu importe à cet égard qu'il soit parvenu à ses fins (arrêts du Tribunal fédéral 4A_534/2018 du 17 janvier 2019 consid. 3.1 ; 4A_401/2017 du 20 décembre 2017 consid. 6.2.2 ; 4A_643/2016 du 7 avril 2017 consid. 4.1; 4A_286/2016 du 29 août 2016 consid. 5.1.2). S'agissant d'un moyen libératoire, il incombe à l'assureur de prouver les faits permettant l'application de l'art. 40 LCA, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_534/2018 du 17 janvier 2019 consid. 3.1 ; 4A_613/2017 du 28 septembre 2018 ; 4A_20/2018 du 29 mai 2018 consid. 3.1 ; 4A_194/2016 du 8 août 2016 consid. 3.1). Lorsque les conditions de l'art. 40 LCA sont réunies, l'assureur peut non seulement refuser ses prestations, mais aussi se départir du contrat et répéter en principe celles qu'il a déjà versées (ATF 131 III 314 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 4A_671/2010 du 25 mars 2011 consid. 2.6). Il peut également se départir du contrat lorsque

l'employé fraudeur ayant en principe droit à des prétentions dans le cadre d'une assurance collective contre les accidents ou la maladie est en même temps le gérant de la Sàrl, soit un organe de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 4A_382/2014 du 3 mars 2015 consid. 5.2 et 6.3). La résolution du contrat, laquelle produit des effets ex tunc, n'étend ses effets que jusqu'au jour de la fraude et non au jour de la conclusion du contrat (BRULHART, Droit des assurances privées, 2e éd. 2017, n° 817 p. 422; ROELLI/KELLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, 2e éd. 1968, p. 586).

E. 6.2

Selon l'art. 10 let. h CG, la couverture d'assurance de chaque personne assurée prend fin pour toutes les prestations et événements assurés en cas d'exclusion de la personne assurée du contrat d'assurance avec le preneur d'assurance si la personne assurée n'a pas rempli son devoir d'informer ou a commis une fraude ou une tentative de fraude à l'assurance.

E. 6.3

En se fondant sur l'art. 40 LCA et l'art. 10 let. h CG, l'assurance a exclu la demanderesse du cercle de ses assurés avec effet à la date de la déclaration de sinistre du 16 juin 2023. En l'occurrence, la demanderesse s'est prévalu d'un contrat de travail indiquant une activité à 80% et un salaire mensuel de CHF 6'000.- pour un poste de « responsable administratif ». Or, il a été vu qu'en pratique, l'activité exercée par l'assuré ne correspondait pas à celle pour laquelle il avait été engagé et la demanderesse n'a pas réussi à prouver qu'il avait été rémunéré conformément au « contrat de travail » litigieux. Il convient ainsi d'admettre qu'en se prévalant d'une relation de travail avec l'assuré à compter du 1^{er} mai 2023, la demanderesse a fait une fausse déclaration ayant un effet sur l'obligation de prester de l'assurance, dès lors que la police d'assurance litigieuse requiert l'existence d'un contrat de travail. La condition objective de la prétention frauduleuse est donc réalisée. La condition subjective est également remplie, dans la mesure où la demanderesse a déclaré fausement et à plusieurs reprises avoir employé l'intéressé dans l'intention d'obtenir des prestations indues de l'assurance. Ainsi que l'a relevé la défenderesse, les pièces produites par la demanderesse pour chercher à démontrer la réalité du contrat du travail, en particulier le versement d'un salaire durant les mois de mai à juillet 2023, ont varié au gré des besoins de la procédure. On rappellera que le compte de caisse de salaire établi le 12 octobre 2023 ne mentionnait aucun versement de salaire, et ce malgré la demande claire de l'assurance de recevoir un extrait complet pour justifier le versement des salaires par la société. Elle a ensuite produit, un mois après, un nouvel extrait de caisse, ainsi que des nouveaux documents comptables, dont la force probante doit être niée pour les raisons susmentionnées. À relever également que la demanderesse a attendu le 17 janvier 2025 pour produire le décompte de salaire signé pour le mois de mai 2023. Or, l'assurance a sollicité des justificatifs de versement de salaire à la demanderesse depuis octobre 2023. C'est dire que la demanderesse était nécessairement consciente de la fausseté de ses allégations. L'assurance a donc réussi à démontrer, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, que la société avait la conscience et la volonté de l'induire en erreur pour obtenir les prestations voulues. Elle pouvait ainsi se fonder sur ce motif pour se départir de la relation contractuelle la liant à la demanderesse en tant que bénéficiaire de l'assurance collective en cas de maladie. Par conséquent, le contrat d'assurance a été valablement résilié, ce qui conduit au rejet de la demande en réintégration de la demanderesse dans le cercle des assurés.

E. 7

La demande est par conséquent mal fondée et sera rejetée. Bien qu'obtenant gain de cause, la défenderesse n'a pas droit à des dépens (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 - LaCC - E 1 05). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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