

GE_GERICHTE A/2387/2016 vom 13. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2387_2016

FR: GE_GERICHTE A/2387/2016 du 13 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/2387/2016 del 13 marzo 2017

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO SANTOS demanderesse contre ASSURANCES SA, Weltpoststrasse 19, BERNE VISANA SERVICES SA, sis Centre de prestations, indemnités journalières, Weltpoststrasse 19, BERNE Erreur matérielle art. 85 LPA défenderesse EN FAIT 1. [endif]>[if> Erreur matérielle art. 85 LPA Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse) est née le _____ 1962. A compter du 18 décembre 2014, elle a travaillé pour compte de l'entreprise B_____ à domicile pour la ville et la campagne SA (ci-après : l'employeur), en qualité d'aide-soignante, à Genève. Elle travaillait 19 heures par semaine, ce qui représentait un taux d'activité de 47 %, pour un salaire mensuel variable de CHF 2'176.05 en moyenne en 2015. En sa qualité de salariée, elle était au bénéfice d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie (police n° 1.126288.000.4) que son employeur avait souscrite auprès de VISANA Services Assurances SA (ci-après : l'assurance). Ledit contrat couvrait la perte de gain maladie durant 730 jours, à hauteur de 80 % du salaire soumis à l'AVS, sous déduction d'un délai d'attente de quatorze jours. 2. Le 17 août 2015, l'employeur a annoncé à l'assurance que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 31 juillet 2015.[endif]>[if> 3. L'assurance a pris le cas en charge en versant des indemnités journalières de CHF 61.08 par jour à l'employeur du 31 juillet 2015 au 22 avril 2016, puis directement à l'assurée dès le 23 avril 2016.[endif]>[if> 4. Le 15 septembre 2015, l'assurée a été opérée du genou gauche. Dans le compte-rendu opératoire établi par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, une déchirure de ménisque externe discoïde du genou gauche a été diagnostiquée. L'intervention chirurgicale avait consisté en une arthroscopie diagnostique du genou gauche et une ménisectomie externe à minima. Une incapacité de travail totale était certifiée pour 45 jours.[endif]>[if> 5. Le 11 janvier 2016, l'assurée s'est soumise à une IRM du genou gauche dans le but de rechercher des signes d'une algodystrophie, suite à l'opération du 15 septembre 2015. L'examen a mis en évidence quelques plages d'œdème interosseux prédominant au niveau du condyle fémoral interne pouvant être, dans ce contexte, en rapport avec une algodystrophie. [endif]>[if> 6. Le 22 mars 2016, l'employeur a résilié le contrat de travail le liant à l'assurée avec effet à fin avril 2016.[endif]>[if> 7. Dans un rapport du 6 juin 2016, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic de déchirure du genou gauche et du ménisque externe. L'assurée était limitée pour les activités impliquant de monter des escaliers ou des échelles ou de travailler en position agenouillée. Elle ne pouvait pas soulever ou porter des charges au-delà de cinq kilogrammes. La position debout pouvait être maintenue pendant une heure. La marche était possible jusqu'à un kilomètre. La durée de conservation de la position assise était de deux

heures. La conduite d'une voiture était impossible et le rythme du travail réduit. Actuellement, sa capacité de travail dans une activité adaptée limitant la marche et la nécessité de monter des escaliers était de 50 %. Des mesures professionnelles auprès de l'assurance-invalidité étaient indiquées.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 23 juin 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a retenu le diagnostic d'atteinte au ménisque. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 31 juillet 2015. L'IRM réalisée en janvier 2016 relevait une capacité de surcharge réduite du genou gauche. Trop peu d'éléments relatifs à l'évolution étaient connus, mais une incapacité de travail pour des travaux à effectuer debout ou en marchant restait plausible. Les travaux assis sans position forcées des articulations du genou étaient possibles sans restriction. Le médecin de famille retenait une capacité de travail de 50 % dans des activités adaptées, ce qui dépassait même le taux d'occupation de 47 % de l'activité habituelle.![endif]>![if> 9. Par courrier du 1^{er} juillet 2016, l'assurance a mis fin aux indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2016. L'assurée était en incapacité de travail et au bénéfice de ces indemnités depuis le 31 juillet 2015. Les rapports médicaux avaient été examinés par son médecin-conseil, lequel avait considéré qu'elle était en mesure d'exercer sans restriction des activités en position assise et représentant une charge alternante. De plus, son médecin traitant confirmait également une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Pour ces raisons, elle considérait que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée, avec un taux d'occupation de 47 %. Les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 30 septembre 2016 afin de prendre en considération une phase d'adaptation. Enfin, l'assurance recommandait à l'assurée de s'inscrire à l'Office régional de placement (ci-après : ORP).![endif]>![if> 10. Par acte du 12 juillet 2016, l'assurée a « fait recours » par-devant la chambre de céans contre la décision de la défenderesse de suspendre ses indemnités journalières au 30 septembre 2016.![endif]>![if> 11. Dans sa réponse du 23 septembre 2016, la défenderesse a conclu préalablement à ce que le dossier de l'assurance-invalidité soit produit et principalement à ce que la demanderesse soit déboutée de toutes ses conclusions, sous suite de frais et dépens. C'était à bon droit que le versement des indemnités allait être interrompu le 30 septembre 2016, compte tenu du fait que tous les rapports médicaux en sa possession attestaient d'une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité adaptée à compter du mois de juillet 2016. Un délai de transition de trois mois avait été accordé à la demanderesse, afin de lui permettre de retrouver une activité adaptée, soit en position assise et représentant une charge alternante. En l'occurrence, la demanderesse, qui avait le fardeau de la preuve s'agissant de son incapacité de travail, n'avait apporté aucun élément nouveau.![endif]>![if> 12. Le 27 octobre 2016, la demanderesse a, par l'intermédiaire de son conseil, accepté la production du dossier de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 13. Par ordonnance du 31 octobre 2016, la chambre de céans a ordonné la production par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) du dossier de la demanderesse et réservé la suite de la procédure.![endif]>![if> 14. Le 9 novembre 2016, l'OAI a adressé le dossier de la demanderesse à la chambre de céans. Il contenait notamment :![endif]>![if> - une demande de prestations du 18 janvier 2016 adressée par la demanderesse à l'OAI ; - un rapport du 19 février 2016 du docteur F_____, médecin interne au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève, retenant le diagnostic d'algodystrophie dans les suites d'une ménisectomie. La douleur était intense et l'aspect typique d'une algodystrophie. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail

dans l'activité habituelle était de 100 %, en raison des douleurs à la mobilisation. Dans une activité exercée en position assise, la capacité de travail était de 100 %, à partir d'une date encore à définir ; - un rapport du 11 mars 2016 de la Dresse D_____, laquelle retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déchirure du ménisque externe discoïde du genou gauche, de kyste para méniscal, de bursite d'accompagnement du ligament collatéral externe, de kyste poplité et d'algodystrophie du genou gauche, et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de kyste poplité opéré. En septembre 2015, la demanderesse avait subi une arthroscopie diagnostique du genou gauche, de même qu'une méniscectomie externe. L'évolution était favorable. Elle présentait des douleurs persistantes et des douleurs en marchant et en montant des escaliers. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail dans un délai de six mois ; - deux décisions d'octroi de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un accompagnement individualisé des 27 avril et 20 juin 2016 ; - un rapport intermédiaire pour l'assurance-invalidité du 6 juillet 2016 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, laquelle considérait que l'état de santé de la demanderesse était stationnaire et que la capacité de travail était influencée par le diagnostic de douleurs chroniques post méniscectomie partielle à minima sur ménisque externe discoïde déchiré. Le genou était douloureux au repos, mais surtout lors de la montée d'escaliers. Elle ne s'expliquait pas entièrement les douleurs de la demanderesse. Actuellement, la capacité de travail était de 100 % dans une activité sédentaire ; - un rapport du 22 août 2016 de la Dresse D_____ faisant état d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dans un délai de trois à six mois ; - un rapport final du 23 août 2016 établi par Madame H_____ dans le cadre de l'accompagnement individualisé accordé à la demanderesse par l'OAI. L'intéressée était très volontaire et passionnée par son activité habituelle. Elle s'était montrée intéressée à l'idée de reprendre une formation complémentaire d'animatrice pour personnes âgées ou de garde-malade pour enfants. Cependant, elle vivait ses douleurs au genou et ses pertes d'équilibre comme un réel handicap et concentrait toute son énergie et son attention sur ce problème. Elle allait de médecin en médecin et ne parvenait pas à prendre de la distance. Lorsqu'enfin elle souhaitait se concentrer sur des projets, son mari la limitait totalement, en lui disant qu'elle ne parlait pas assez bien le français pour trouver un autre travail. Elle n'entreprenait donc rien sans le consentement de son mari et se rangeait à ses décisions. Cependant, sa situation financière était suffisamment bonne pour ne pas devoir travailler, ce qui ne contribuait pas à l'encourager à rechercher un travail rapidement. Afin de la faire sortir de chez elle et de confirmer si la formation choisie correspondait bien à ses attentes, un stage en maison de retraite avec l'animatrice en poste avait été envisagé. Malheureusement, son mari avait refusé cette proposition, sous prétexte qu'elle devait d'abord soigner son genou avant d'envisager un quelconque avenir professionnel. 15. Dans sa réplique du 30 novembre 2016, la demanderesse a conclu préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée par la chambre de céans et principalement à l'annulation de la décision du 31 juillet 2016 et à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1^{er} octobre 2016, sous suite de dépens. La défenderesse ne prenait pas en considération les certificats médicaux établis par ses médecins et retenait à tort une capacité de travail de 50 % au moins dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2016. En effet, les rapports établis par ses médecins s'accordaient à retenir une incapacité totale de travail, quelle que soit l'activité considérée. Dans son rapport du 6 juillet 2016, la Dresse G_____ avait indiqué qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les

conséquences de l'atteinte à sa santé sur sa capacité de travail. Dans un rapport du 6 octobre 2016, ce même médecin avait précisé que compte tenu de l'impossibilité de reprendre son activité habituelle d'aide-soignante, il était nécessaire de prévoir une hospitalisation au sein de la clinique de la SUVA. Ainsi, se prononcer sur sa capacité de travail dans une activité adaptée était prématuré. La défenderesse en faisait abstraction et minimisait ses problèmes de santé. Si les incohérences entre les rapports retenus par la défenderesse et les rapports de ses médecins ne suffisaient pas à la convaincre de reprendre le versement des indemnités journalières, il convenait de mettre en œuvre une expertise judiciaire.!

A l'appui de son écriture, la demanderesse a produit divers certificats médicaux, établis par les docteurs D_____, G_____, F_____ et I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, attestant d'une incapacité totale de travail du 31 juillet 2015 au 31 décembre 2016. Elle a également produit un rapport du 6 octobre 2016 de la Dresse G_____ dans lequel celle-ci expliquait qu'après une évolution post chirurgicale favorable, la situation s'était péjorée depuis avril 2016, sans raison particulière, avec une douleur qui devenait de plus en plus importante. Un travail réalisé en physiothérapie et à sec n'avait pas permis d'améliorer les choses. Actuellement, la demanderesse développait des brûlures sans décharge électrique avec des douleurs parfois au repos à 8/10, et des réveils nocturnes occasionnellement. Cliniquement, elle présentait également des douleurs de la facette interne de la rotule, de l'interligne fémoro-tibiale externe, du tendon rotulien, de la patte d'oie, du Gerdy, avec une rotule peu mobile mais aucune limitation à la mobilité en flexion-extension. Le genou restait calme, sec, ni rouge, ni transpiré, ni discoloré. Une IRM réalisée en septembre 2016 montrait un léger épanchement intra-articulaire, une chondropathie stable, un aspect postopératoire du ménisque externe avec une bursite de voisinage et un aspect dystrophique de la structure osseuse traduisant une algodystrophie. Dans ce contexte de non évolution, environ un an après la méniscectomie externe à minima et l'impossibilité de reprendre l'activité habituelle d'aide-soignante, la Dresse G_____ demandait une hospitalisation au sein de la clinique de la SUVA. 16. Dans sa duplique du 10 février 2017, la défenderesse a contesté l'argumentation développée par la demanderesse et persisté dans ses conclusions. Elle demandait la production des nouvelles pièces ajoutées au dossier de l'assurance-invalidité depuis le 9 novembre 2016. Cela étant, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) avait rendu son rapport le 19 décembre 2016 et conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité strictement sédentaire, sans nécessité de marche, de monter des escaliers et de positions accroupies ou à genou.!

S'agissant des pièces produites par la demanderesse, elles n'apportaient aucun élément nouveau. En effet, les certificats médicaux produits n'étaient pas motivés et n'entraient pas en contradiction avec les rapports sur lesquels elle s'était basée pour arrêter le versement des prestations, puisqu'ils ne se prononçaient pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport du 6 juin 2016 de la Dresse D_____ attestait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, dès le 6 juin 2016. Le rapport de la Dresse G_____ du 6 juillet 2016 confirmait une capacité de travail de 100 % dans une activité sédentaire. Dans son appréciation médicale du 23 juin 2016, le Dr E_____ retenait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Enfin le rapport du 19 décembre 2016 du SMR attestait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 2016. Quant au rapport du 6 octobre 2016 de la Dresse G_____, il ne faisait que souligner la non évolution de l'état de santé de la demanderesse et ne prouvait nullement qu'une hospitalisation avait eu ou devait avoir lieu. Il convenait également de relever que dans son rapport final, Mme

H_____ avait relevé que la situation financière de la demanderesse était suffisamment bonne pour ne pas devoir travailler et qu'elle avait refusé de suivre un stage dans le cadre du programme d'intervention précoce de l'assurance-invalidité. Les éléments produits par la demanderesse ne permettaient pas de démontrer une incapacité de travail, au contraire. De plus, il appartenait à la demanderesse de diminuer son dommage en entreprenant une reconversion professionnelle dans un métier respectant ses limitations fonctionnelles. Sur ce point, elle lui avait accordé un délai de trois mois, soit de juillet à septembre 2016, pour lui permettre de s'adapter. Or, la demanderesse n'avait entrepris aucune démarche en ce sens, puisqu'elle avait refusé de suivre un stage dans le cadre des mesures d'interventions précoces de l'assurance-invalidité. La défenderesse a notamment joint à ses écritures un tableau récapitulatif des indemnités versées du 31 juillet 2015 au 30 septembre 2016, soit durant 414 jours. 17. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).!

2. Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.!

En l'occurrence, l'art. 34 des conditions générales du contrat d'assurance régissant l'assurance-maladie collective d'indemnités journalières selon la LCA (ci-après : CGA) – qui font partie intégrante de la police d'assurance n° 1.126288.000.4 conclue par l'employeur auprès de la défenderesse – prévoit que le preneur d'assurance ou la personne assurée peut intenter une action en justice soit à son lieu de domicile en Suisse, soit à Muri (BE). La personne assurée est de plus également en droit d'agir à son lieu de travail. La demanderesse ayant son domicile et travaillant dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de sa demande. 3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).!

Pour le surplus, 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). 4. a. La chambre de céans relève en premier lieu que la demanderesse a interjeté à tort un « recours (...) contre la décision [de la défenderesse] de suspendre les indemnités journalières au 30 septembre 2016 », au lieu d'une demande en paiement d'indemnités journalières à partir du 1^{er} octobre 2016.!

En effet, 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 – de nature impérative (cf. art. 98 LCA) – confère un droit propre à l'assuré, qu'il peut faire valoir directement contre l'assureur (ATF 141 III 112 consid. 4.3 ; entre autres auteurs: Vincent BRULHART, L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie, in *Le droit social dans la pratique de l'entreprise*, 2006, p. 103). La volonté du législateur était de protéger l'assuré malade ou accidenté contre le risque que le preneur d'assurance s'enrichisse à son détriment (ATF 141 III 112 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.3/2003 du 31 mars 2003 consid. 3.3). Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. Nonobstant cette erreur dans le libellé de l'acte, la chambre de céans admettra la recevabilité de la demande, dans la mesure où elle respecte les conditions de forme requises (art. 244 et 130 CPC) et que les termes de l'écriture, certes brève, de la demanderesse permettent de comprendre qu'elle requiert le versement des indemnités journalières découlant de son incapacité de travail. b/aa. Il convient encore d'examiner la recevabilité de la conclusion de la demanderesse tendant à l'annulation de la suspension du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} octobre 2016, autrement dit au paiement desdites indemnités dès cette date. Bien qu'il s'agisse d'une action tendant au paiement d'une somme d'argent, la demanderesse n'articule aucun montant dans le cadre de ses conclusions. A cet égard, il convient de rappeler que les conclusions doivent être déterminées avec suffisamment de précision ; ainsi celles qui portent sur une somme d'argent doivent être chiffrées, conformément à l'art. 84 al. 2 CPC (ATF 134 III 235 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2 ; Laurent KILLIAS, *Berner Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, Band I* : art. 1-149 ZPO, 2012, n. 9 ad art. 221 CPC ; François BOHNET, *Code de procédure civile commenté*, 2011, n. 17 ad art. 84 CPC). Il s'agit d'une condition de recevabilité (BOHNET, op. cit., n. 25 ad art. 85 CPC). La règle n'est certes pas absolue et l'art. 85 CPC prévoit que le demandeur peut ne pas prendre de conclusions chiffrées lorsqu'il lui est impossible d'articuler d'entrée de cause le montant de ses prétentions, parce que, par exemple, les informations lui permettant de l'articuler sont en mains du défendeur ou d'un tiers ou qu'il serait déraisonnable de le lui demander, notamment en raison d'investigations lourdes et coûteuses ou lorsque le dommage n'est pas clairement connu (BOHNET, op. cit., nn. 6, 7 et 13 ad art. 85 CPC). Dans ce cas, le demandeur doit tout de même tenter de chiffrer ses prétentions, puisqu'il doit indiquer une valeur litigieuse minimale aux termes de l'art. 85 al. 1 in fine CPC (KILLIAS, op. cit., n. 10 ad art. 221 CPC ; BOHNET, op. cit., n. 18 ad art. 85 CPC ; David HOFFMANN/Christian LÜSCHER, *Le Code de procédure civile*, 2015, p. 60). Exceptionnellement, des conclusions non chiffrées suffisent lorsque la somme à allouer est d'emblée reconnaissable au regard de la motivation du recours ou de la décision attaquée (ATF 134 III 235 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2). Toutefois, dans deux affaires d'assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n. 50'123'083 » (ATF 134 III 235 consid. 2) ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur, dès le 30 août 2004, plus intérêts à 5% dès la même date » (arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008). b/bb. Quiconque participe à la procédure doit se conformer aux règles de la bonne foi (art. 52 CPC). En particulier, les actes de procédure des parties doivent être interprétés conformément à ces règles (ATF 105 II 149 consid. 2a in JdT 1980 I 177). Le formalisme excessif est un aspect

particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1 in JdT 2011 IV 17). L'interdiction du formalisme excessif impose de ne pas se montrer trop strict dans la formulation des conclusions si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant ; tel est en particulier le cas lorsque le but et l'objet du recours, ou – en cas de conclusions qui doivent être chiffrées – le montant requis, ressortent sans aucun doute des motifs invoqués, éventuellement associés à la décision attaquée. Les conclusions doivent être interprétées à la lumière de la motivation (ATF 137 III 617 consid. 6.2 in JdT 2014 II 187 et SJ 2012 I 373). Dans l'interprétation selon le principe de la bonne foi, l'autorité peut tenir compte du fait que le demandeur n'est pas représenté par un avocat et a rédigé lui-même ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_551/2008 du 12 mai 2009 consid. 2.3). b/cc. En l'occurrence, lorsque la demanderesse a saisi la chambre de céans, elle n'était pas représentée, ce dont il convient de tenir compte. Quand bien même son écriture est extrêmement brève, il ressort du dossier, et en particulier des certificats et rapports médicaux qu'elle produit, que la demanderesse se considère en incapacité de travail, quelle que soit l'activité déployée, et qu'elle sollicite la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'à la fin de son droit. Dans la mesure où le montant de l'indemnité journalière est de CHF 61.08, que la défenderesse s'est acquittée de 414 indemnités journalières pour la période du 31 juillet 2015 au 22 avril 2016 et que le contrat d'assurance couvre la perte de gain maladie durant 730 jours, la valeur litigieuse peut être aisément déterminée et fixée à CHF 19'301.30 ($730 - 414 = 316$; $316 \times 61.08 = 19'301.28$). Certes, la demanderesse a-t-elle été représentée dès le 14 octobre 2016, alors qu'un délai lui avait été accordé pour répliquer, ce qui aurait dû lui permettre de préciser ses conclusions et de chiffrer ses prétentions. Cela étant, compte tenu des considérations qui précèdent et du fait que la défenderesse n'a émis aucun grief sur la question de la recevabilité de la demande il convient d'admettre la recevabilité de la conclusion de la demanderesse tendant à la prise en charge de son incapacité de travail dès le 1^{er} octobre 2016. 5. Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse aux indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2016. 6. A teneur de l'art. 247 al. 2 let. a CPC, la chambre de céans établit les faits d'office. 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). 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). 7. a. 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 l'extinction ou la perte du droit. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance 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; arrêt du Tribunal fédéral 4A_525/2010 du 4 janvier 2011 consid. 2.2).>[if> La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). b. En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d ; 127 III 248 consid. 3a, 519 consid. 2a) ; cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3 p. 226; 129 III 18 consid. 2.6 p. 24 ss). b/aa. L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). b/bb. Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 132 III 83 consid. 3.4; ATF 140 III 24 consid. 3.3.3). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références). Les allégations précises de l'expertise privée – contestées de manière globale – peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1 et 3.2). Si elles ne sont pas corroborées par de tels indices, elles ne peuvent être considérées comme prouvées en tant qu'allégations contestées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid.

2.5). 8. Aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). L'art. 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 4A_168/2007 du 16 juillet 2007 consid. 3.2.1). Selon la jurisprudence, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; ATF 111 V 235 consid. 2a; SJ 2000 II 440 consid. 2b). Afin de déterminer la durée de la période d'adaptation, il convient de tenir compte des circonstances concrètes telles que la difficulté de retrouver un emploi, l'âge de l'assuré et la capacité de travail dans une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 64/04 du 29 juin 2006 consid. 4.1).!

9. 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 (ATAS/1104/2006).!

La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, 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 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). 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 (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). À cet égard, 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). 10. En l'occurrence, le contrat d'assurance police n° 1.126288.000.4, valable à partir du 1 er janvier 2015, et les art. 11 à 15 des CGA, prévoient qu'en cas d'incapacité travail d'au moins 25 % due à une maladie et attestée par un médecin ou un chiropraticien, l'assuré a droit au versement d'un maximum de 730 indemnités journalières sous déduction du délai d'attente de quatorze jours par cas. En cas d'incapacité de gain supérieure à 50 %, l'indemnité journalière s'élève à 80 % du gain assuré (jusqu'à concurrence d'un gain annuel de CHF 126'000.-). En cas d'incapacité de travail partielle égale ou supérieure à 25 %, mais inférieure à 50 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de ladite incapacité.!

Par « assuré », il faut comprendre tout le personnel âgé de moins de 70 ans de l'employeur (art. 6 CGA). Est considérée comme maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un

traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 4 CGA). A teneur de l'art. 22 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle ou entière de longue durée, la personne assurée est tenue d'accepter une activité pouvant raisonnablement être attendue d'elle dans une autre profession ou dans un autre secteur d'activité. [L'assurance] met la personne assurée en demeure, en fixant un délai adéquat, d'adapter son activité exercée précédemment ou de reprendre une autre activité pouvant raisonnablement être attendue d'elle. La personne assurée est tenue de faire valoir ses droits auprès des institutions d'assurance sociales compétentes, notamment auprès de l'[OAI]. 11. En l'espèce, il convient de rappeler que la défenderesse a versé des indemnités journalières de CHF 61.08 du 31 juillet 2015 au 30 septembre 2016, soit durant 414 jours, en raison de l'incapacité de travail totale causée par les atteintes au genou gauche de la demanderesse. Le 1^{er} juillet 2016, l'assurance a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2016, dans la mesure où son médecin-conseil, le Dr E_____, et le médecin traitant de la demanderesse, la Dresse D_____, concluaient à une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire, ce qui excédait légèrement le taux d'activité déployé par l'intéressé dans son activité habituelle. Un délai de trois mois, soit jusqu'au 30 septembre 2016, lui était accordé, pour qu'elle puisse changer de profession. Pour sa part, la défenderesse conteste avoir recouvré une quelconque capacité de travail. Le rapport du Dr E_____ était contredit par les certificats d'incapacité de travail établi par les Drs D_____, G_____, F_____ et I_____. De plus, dans son rapport du 6 juillet 2016, la Dresse G_____ avait considéré qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à sa santé sur sa capacité de travail. Dans un rapport du 6 octobre 2016, ce même médecin avait précisé que compte tenu de l'impossibilité de reprendre son activité habituelle d'aide-soignante, il était nécessaire de prévoir une hospitalisation au sein de la clinique de la SUVA. En l'occurrence, il ressort du dossier les éléments suivants : la demanderesse a été en incapacité de travail depuis le 31 juillet 2015 en raison d'une atteinte à son genou gauche, plus particulièrement au ménisque externe. Le 15 septembre 2015, elle a été opérée par la Dresse C_____. Dans son rapport du 19 février 2016, le Dr F_____ a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante et à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le 11 mars 2016, la Dresse D_____ a considéré que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail dans un délai de six mois. Dans son rapport du 6 juin 2016, la Dresse D_____ a considéré qu'actuellement sa capacité de travail dans une activité adaptée limitant la marche et la nécessité de monter des escaliers était de 50 %. Le 23 juin 2016, le Dr E_____, médecin-conseil de la défenderesse a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec un taux d'occupation de 47 %. Dans un rapport du 6 juillet 2016, la Dresse G_____ a considéré que l'état de santé de la demanderesse était stationnaire et que la capacité de travail était de 100 % dans une activité sédentaire. Il apparaît donc que les différents médecins ayant eu à connaître du cas de la demanderesse s'accordent sur le fait qu'elle présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais qu'elle est en mesure de travailler à tout le moins à 50 % dans une activité adaptée de type sédentaire, afin d'éviter de solliciter son genou gauche. Sur ce point les certificats médicaux d'incapacité de travail des Drs D_____, G_____, F_____ et I_____ produits par la demanderesse pour la période allant au-delà du 30 septembre 2016 ne suffisent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, à remettre en question les conclusions concordantes des médecins précités, dont la Dresse D_____, médecin traitant de la

demanderesse, et les Drs F_____ et G_____, l'ayant reçue en consultation à plusieurs reprises. En tout état de cause, le fait que la demanderesse soit en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle, ce qu'attestent lesdits certificats, n'est contesté ni par les médecins, ni par les parties. Quant au rapport du 6 octobre 2016 de la Dresse G_____, bien qu'il fasse état d'une aggravation de la situation, il ne modifie pas les conclusions de ce médecin relatives à la capacité de travail prises dans son rapport précédent du 6 juillet 2016. S'agissant des recommandations d'investigations complémentaires de la Dresse G_____ dans ses rapports des 6 juillet et 6 octobre 2016, elles ne changent rien à l'appréciation du litige, dans la mesure où les conclusions des médecins, dont la Dresse G_____ elle-même, s'accordent sur le fait que la demanderesse est en mesure de travailler à 50 %, à tout le moins, dans une activité adaptée. Le cas échéant, le fait que d'éventuelles mesures thérapeutiques puissent encore améliorer l'état de santé de la recourante ne change rien au fait que cette dernière est tenue légalement et contractuellement de diminuer son dommage, notamment en changeant de profession. Sur ce point, et au vu des éléments qui ressortent du dossier de l'OAI, il semblerait que les motifs qui ont conduit la demanderesse à renoncer à une reconversion professionnelle, en particulier dans une activité d'animatrice pour personnes âgées, soient principalement en lien avec des facteurs psychosociaux, en l'occurrence le refus de son époux, et non pour des motifs de santé. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans dispose de tous les éléments nécessaires à la résolution du litige, de sorte que l'expertise judiciaire sollicitée par la demanderesse et l'apport des pièces complémentaires du dossier de l'OAI requis par la défenderesse ne sont pas utiles. 12. Dès lors, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse, ni perçu de frais judiciaires (art. 22 al. 3 let. a 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). 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.