

## GE\_GERICHTE A/4/2017 vom 5. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4/2017 du 5 septembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/4/2017 del 5 settembre 2017

### Erwägungen

#### E. 10

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à LOISIN, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE demanderesse contre SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise avenue Mon Repos 22, LAUSANNE défenderesse EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), suisse domiciliée en France voisine, a été engagée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010 à 100 % en qualité de remplaçante chef de vente par B\_\_\_\_\_ SA à Balaxert/Genève (ci-après : l'employeur) pour un revenu mensuel brut de CHF 4'800.-. Elle bénéficiait à ce titre d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie conclue par son employeur avec SWICA Assurance-maladie SA (ci-après : SWICA ou la défenderesse), ce contrat étant régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) et les conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA, Edition 1998 (ci-après: CGC). 2. Le 28 novembre 2015, la demanderesse a été en incapacité totale de travail. Selon son médecin traitant, la doctoresse C\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, elle présentait un état dépressif développé à la suite de l'accouchement de son deuxième enfant, qui a réveillé le deuil non fait du décès de sa mère. 3. L'employeur a annoncé le cas de maladie à SWICA le 15 décembre 2015 mentionnant que la durée de l'incapacité de travail était de plus de 30 jours. 4. A réception de cette annonce, SWICA a écrit à l'assurée, par courrier du 16 décembre 2015 : pour pouvoir déterminer rapidement et correctement son droit aux prestations, il était nécessaire de recueillir des informations médicales auprès de son médecin; à cette fin, pour pouvoir obtenir directement ces renseignements sans frais supplémentaires à charge de l'intéressée, elle invitait l'assurée à lui retourner une procuration signée et datée, étant précisé qu'il lui était loisible de la révoquer en tout temps sans indication de motif. 5. Par courrier du 23 décembre 2015, ayant constitué un avocat, l'assurée a répondu au courrier susmentionné, par la plume de son conseil: elle n'était pas en mesure de donner une suite favorable au souhait de l'assureur de délier le médecin traitant du secret médical; elle ne concevait pas d'autoriser l'assureur de recueillir davantage d'informations auprès de son médecin, lequel ne pourrait que lui confirmer son incapacité totale de reprendre le travail. Elle se tenait le cas échéant à disposition du médecin-conseil, étant précisé que son affection était actuellement traitée par un médecin psychiatre. 6. Mandaté par SWICA pour examiner l'aptitude au travail de l'assurée, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a rendu son rapport le 19 janvier (recte: février) 2016, après s'être entretenu avec cette dernière, le 16 février 2016, étant précisé que l'intéressée avait manqué un premier entretien d'évaluation médicale fixé au 21 janvier 2016. Après avoir relevé les éléments de l'anamnèse personnelle et actuelle détaillée, pris en compte les plaintes de la patiente - fortement en rapport avec son désarroi et la grande difficulté de sa situation conjugale, elle

se plaint de fatigue, de troubles du sommeil, de tristesse dépressive avec pleurs, anhédonie, difficultés d'attention de concentration, de ralentissement, de baisse considérable de l'estime de soi et de sentiment de culpabilité -, il a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) lié à la puerpéralité (dépression périnatale), confirmé à l'observation directe par les pleurs, le ralentissement, le manque de mots ainsi que les quelques difficultés d'attention et de concentration présentées pendant l'entretien. Il indique que ce diagnostic influence grandement la capacité de travail. Il estime que les troubles subjectifs de la patiente sont objectivables. L'évolution du traitement - qui consiste en une prise en charge psychothérapeutique hebdomadaire intégrée à une prescription d'antidépresseurs - est nulle. Il a proposé une modification du traitement sous forme d'ajustement posologique ou de substitution de médicaments. Il considère qu'avec les propositions thérapeutiques formulées, et nonobstant le problème conjugal majeur qui va faire obstacle de façon sérieuse à la rémission des symptômes, on peut s'attendre à une amélioration de l'atteinte à la santé, soit à une capacité médico-théorique de 50 % après six semaines, et à 100 % après trois semaines de plus. La patiente en avait été informée de vive voix. La capacité résiduelle actuelle de travail était nulle, horaire et rendement. L'épisode dépressif n'était pas en lien avec ses conditions de travail, mais, ayant des douleurs dorsales, il serait souhaitable qu'elle puisse exercer un travail en position alternée, assis-debout sans port de charges lourdes. Il a relevé également que le long déplacement d'une heure pour se rendre sur sa place de travail pose également un certain problème. Elle peut exercer toute activité professionnelle à la mesure de ses qualifications à 50 % après six semaines du traitement préconisé, soit dès le 4 avril, et à 100 % dès le 25 avril 2016. 7. Par courrier du 23 février 2016, la SWICA a informé l'assurée que sur la base du rapport du médecin susmentionné, une adaptation du traitement était indiquée, de suite, qui lui permettrait de retrouver une capacité de travail partielle, puis totale, selon les conclusions de l'examinateur. 8. Par courrier du 31 mars 2016 de son conseil, l'assurée, se référant au courrier précédent, a sollicité la communication du rapport du Dr D\_\_\_\_\_. Sur indication de son médecin traitant, elle ne pouvait, pour l'heure, retrouver une capacité de travail même partielle dans les délais irréalistes estimés par l'assurance. Elle indiquait enfin que SWICA serait tenue informée de la position du médecin traitant. 9. Par courrier du 7 avril 2016, l'employeur a informé l'assurée qu'au regard du rapport de SWICA basé sur celui de son médecin-conseil, l'assureur perte de gain lui verserait 50 % des indemnités journalières à compter du 4 avril 2016. Dès le 24 mai 2016, étant donné qu'aucune indemnité ne lui serait plus versée, son salaire ne serait plus payé, dans le cas où elle ne se présenterait pas au travail. 10. Par un second courrier du 26 avril 2016, l'employeur a informé l'assurée de la prolongation de ses indemnités journalières à 50 % jusqu'au 31 mai 2016, référence faite à un courrier de SWICA du 20 avril 2016 prolongeant l'incapacité de travail à 50 % sur recommandation de son médecin-conseil. Cette adaptation était consécutive à une intervention du médecin traitant auprès du Dr D\_\_\_\_\_, par courrier du 22 mars 2016, dans lequel elle demandait une prolongation de l'arrêt total de travail, invoquant la non-rémission des symptômes constatés chez sa patiente. Ce dernier, peu surpris de la non-rémission des symptômes de l'assurée, compte tenu du contexte conjugal de celle-ci, préconisait néanmoins une capacité de travail de 50 % (du 4 avril au 31 mai 2016) jusqu'au 4 (recte : 31) mai 2016, et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2016. 11. Contestant le contenu du courrier de son employeur, par lettre de son conseil du 17 mai 2016, l'assurée relevait que le médecin conseil de SWICA n'émettait que des recommandations thérapeutiques et ne faisait pas état

de sa capacité de travail actuelle, à la différence de son médecin traitant qui attestait de son incapacité de travail persistante. L'employeur était dès lors invité à rétablir immédiatement ses indemnités journalières.!

12. Par courrier du 23 mai 2016, l'employeur a maintenu sa position, et par courrier du 26 mai 2016 il a résilié le contrat de travail pour le 31 juillet 2016, résiliation confirmée par un second courrier du 7 juin 2016.!

13. Par plis des 30 mai et 11 juillet 2016, la demanderesse a contesté la position de SWICA, se trouvant toujours en incapacité totale de travailler, d'autant que son état de santé s'était encore aggravé avec le récent décès de son père (décédé le \_\_\_\_\_ 2016).!

14. Des discussions ont eu lieu entre les parties, autour du principe d'une transaction, la demanderesse sollicitant la pleine couverture de son incapacité de travail d'avril 2016 à fin décembre 2016, SWICA refusant toutefois l'entrée en matière sur cette base, mais proposant de verser encore deux à trois mois d'indemnités journalières à 50 %. !

15. Le 13 septembre 2016, le médecin traitant a confirmé que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait toujours pas de retourner travailler, l'incapacité de travail étant toujours de 100 %. L'incapacité de travail a encore été prolongée pour le mois d'octobre 2016, par un arrêt de travail émis par le médecin traitant.!

16. Dans sa demande du 3 janvier 2017, et sur la base des faits retenus ci-dessus, alléguant en outre être toujours en pleine incapacité de travail moment du dépôt de la demande, et précisant qu'elle ne percevait plus d'indemnités-maladie depuis l'échéance de son contrat de travail, la demanderesse a conclu au fond à la condamnation de SWICA à lui verser la somme de CHF 24'000.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 2 janvier 2017, correspondant aux indemnités pour perte de gain des mois d'août à décembre 2016, ainsi qu'à la prise en charge de ces indemnités pour le futur, tant qu'elle serait en incapacité de travailler, ceci jusqu'à concurrence de la durée prévue contractuellement. Elle a conclu en outre à la condamnation de la défenderesse à payer tous les frais judiciaires ainsi qu'une indemnité de procédure d'un montant de CHF 3'000.- valant participation aux honoraires du conseil de la demanderesse dans le cadre de la présente procédure.!

17. La défenderesse a conclu, par mémoire du 31 janvier 2017, au déboutement de la demanderesse avec suite de frais et dépens, et en outre (reconventionnellement) à la condamnation de la demanderesse à lui verser le montant de CHF 300.- à titre de frais d'honoraires pour l'évaluation non honorée du 21 janvier 2016 auprès du Dr D\_\_\_\_\_. Selon la police d'assurance collective indemnité journalière maladie, les prestations d'indemnités journalières sont de 100 % du salaire du premier au 90 e jour, puis de 90 % du salaire assuré, la durée des prestations par cas étant de 730 jours. SWICA a versé des indemnités journalières à 100 % du 28 novembre 2015 au 3 avril 2016 et à 50 % du 4 avril au 31 mai 2016, pour un montant de CHF 25'521.40. Si, selon la jurisprudence, les expertises de parties ne constituent pas des moyens de preuve des allégués, il n'en demeure pas moins que si l'on est en présence de rapports (divergents) du médecin mandaté par l'assureur et du psychiatre traitant, il y a lieu de préférer le rapport de l'expert, qui est complet et détaillé, à celui des médecins traitants qui sont imprécis. Dans le domaine de l'appréciation des preuves, un large pouvoir d'appréciation est réservé à l'autorité cantonale qui, lorsqu'elle se trouve confrontée à plusieurs rapports médicaux et qu'elle fait siennes les conclusions de l'un d'entre eux, elle est uniquement tenue de motiver son choix. Le médecin-conseil de l'assurance a préconisé un ajustement du traitement, permettant de s'attendre à une capacité médico-théorique de travail à 100 %. Il a d'autre part relevé que la demanderesse se trouve dans un conflit de couple important empêchant l'amélioration des symptômes, cet élément relevant d'un facteur psychosocial qui ne saurait être pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail. De son côté, le médecin

traitant n'infirmes pas les propos du médecin de l'assurance et ne donne d'ailleurs aucune raison médicale au prolongement de l'incapacité de travail à 100 %. En excluant le problème conjugal, la demanderesse était à même de reprendre son activité professionnelle à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2016.!

18. La demanderesse a brièvement répliqué, par courrier du 21 février 2017. Compte tenu des divergences quant à l'état de santé de la demanderesse, il semble nécessaire d'effectuer une expertise objective de son état de santé, permettant de déterminer l'ampleur de l'incapacité de travail, et si elle perdure. Elle conclut donc à la mise en place d'une expertise médicale.!

19. Par courrier du 8 mai 2017, SWICA relève que selon l'art. 23 CGC après l'extinction de la couverture d'assurance, l'obligation de verser des prestations s'éteint. Les rapports de travail de la demanderesse et de son employeur ayant pris fin le 31 juillet 2016, les conditions générales (art. 39 CGC) prévoient que la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré à l'extinction du contrat, cette disposition ayant valeur de clause conventionnelle, supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture. Ainsi le droit de la demanderesse à des indemnités journalières fondé sur le contrat collectif applicable s'est éteint de plein droit le 31 juillet 2016. L'art. 40 CGC régit le droit de passage de l'assuré dans l'assurance individuelle en cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, à condition de faire valoir ce droit par écrit dans les 90 jours. En l'espèce, alors qu'elle était déjà représentée, la demanderesse n'a pas demandé son droit au transfert dans l'assurance-individuelle dans les 90 jours depuis la fin des rapports de travail au 31 juillet 2016, de sorte qu'elle ne peut plus faire valoir de droit à cet égard.!

20. Par courrier du 11 mai 2017, la demanderesse a observé que SWICA passe sous silence le fait qu'à aucun moment elle n'avait été informée de son droit de passer dans l'assurance individuelle, se référant à l'art. 71 al. 1 et 2 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Ainsi, la défenderesse a omis les exigences légales topiques, n'ayant à aucun moment informé la demanderesse de son droit à intégrer l'assurance individuelle, ce qu'elle aurait bien évidemment fait. Selon elle, l'argumentation soulevée par la défenderesse tombe dès lors à faux.!

21. Sur quoi, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 29 mai 2017 :! Le conseil de la demanderesse a tout d'abord pris acte de ce que l'édition applicable des CGC était celle de 1998 et non pas celle qu'il avait invoquée dans la demande (2012), ne disposant pas de l'édition 1998 au moment de la rédaction de la demande. La demanderesse a indiqué : « Je me sens actuellement encore trop fragile pour reprendre une activité. J'ai perdu mon père en juillet de l'année dernière, ce qui n'a pas facilité mon état et son amélioration. Je fais tout mon possible pour mettre le plus de chances de mon côté, et ainsi je suis une thérapie psychiatrique, et je me suis également adressée à une hypnothérapeute. » Sur question de la chambre de céans, elle a confirmé: « Oui, j'ai eu l'occasion de discuter sérieusement avec ma psychiatre de la modification de traitement qu'évoquait le Dr D\_\_\_\_\_. De fait, le traitement que je suis actuellement me convient bien, et ma psychiatre n'a pas souhaité en changer. De toute manière, j'étais encore trop vulnérable, et je le suis encore, pour pouvoir retourner en magasin. Le fait de simplement croiser une maman et son bébé me fait m'effondrer. Ainsi, mon médecin n'a pas voulu que je reprenne encore la moindre activité professionnelle. » Au sujet de son refus de délier son médecin de son secret médical à l'égard de l'assureur, elle a déclaré : «Il est déjà difficile pour moi de pouvoir me confier à mon médecin traitant, avec qui j'ai néanmoins noué avec le temps un rapport de confiance, mais imaginer qu'une personne totalement étrangère et inconnue de moi puisse venir s'introduire dans ce qu'il y a de plus profond en moi me donnait

clairement l'impression d'être violentée, d'où la lettre que mon conseil a adressée à l'assurance sur la base de ma réaction. » S'agissant de sa capacité de travail actuelle, la chambre de céans lui faisant observer que le document le plus récent produit à l'appui de la demande attestait d'une incapacité de travail pour le mois d'octobre 2016, elle a précisé : « Je confirme effectivement qu'entre fin octobre 2016 et maintenant, je suis toujours incapable de travailler et je solliciterai très rapidement de mon médecin traitant un rapport le plus détaillé possible, et qui actualisera l'information au sujet de mon incapacité de travail persistante. » S'agissant de la problématique conflictuelle au sein du couple, elle a déclaré : « En effet, même si cela n'est pas l'essentiel des causes de ma souffrance persistante, cela n'a évidemment pas arrangé les choses. Nous avons abouti à la conclusion que le mieux était que nous nous séparions et c'est ce à quoi nous travaillons actuellement. » Au sujet de la question de la demande de passer en assurance individuelle au moment de la fin du contrat de travail, la chambre de céans lui faisant observer que selon sa pièce 14, - lettre de résiliation par B \_\_\_\_\_ de son contrat de travail -, elle avait été rendue attentive à son droit de libre passage dans l'assurance individuelle, et lui demandant si elle y avait souscrit, elle a répondu : « En réalité, Mme E \_\_\_\_\_, assistante sociale de l'entreprise ... m'avait indiqué que je recevrais prochainement un courrier de B \_\_\_\_\_ me faisant parvenir un formulaire de demande. Ne l'ayant pas reçu à l'époque, je l'avais rappelée, mais sans plus de succès. » La représentante de la défenderesse a observé : « ... Madame étant domiciliée en France voisine, elle aurait pu, selon les conditions générales de 1998, bénéficier de ce libre passage en assurance individuelle, en tant que frontalière. Si Madame avait manifesté son intérêt, l'employeur nous l'aurait signalé et nous aurions envoyé le formulaire de demande adéquat. C'est une démarche qui est assez fréquente, dans le cadre de ce contrat. » La demanderesse a encore insisté : « Je tiens à préciser que j'avais en effet pris contact avec Mme E \_\_\_\_\_, comme je l'ai dit, manifestant ainsi mon intérêt, et une fois encore, elle m'avait annoncé que j'allais recevoir ce formulaire à bref délai. Une fois encore, je l'avais rappelée, ne recevant rien. » Les parties se sont encore exprimées notamment par rapport aux prétentions reconventionnelles de la défenderesse (remboursement du montant de CHF 300.-) ; il sera revenu, pour le détail, dans la mesure utile, dans les considérants. Sur quoi un délai au 15 juin 2017 a été fixé, à la demanderesse pour qu'elle confirme la disponibilité de sa psychiatre traitante d'être entendue comme témoin, et à SWICA pour produire les justificatifs de la réception du montant de CHF 300.- et à sa rétrocession au Dr D \_\_\_\_\_. La suite de la procédure était réservée. 22. Par courrier du 12 juin 2017, la défenderesse, se référant aux conditions générales, relève que l'obligation de verser des prestations cesse après l'extinction de la couverture d'assurance, soit en l'espèce lors de la cessation des rapports de travail, le 31 juillet 2016, sous réserve que l'assurée fasse valoir dans un délai de 90 jours dès l'extinction du contrat son droit de passage à l'assurance individuelle. Dans ce contexte, le preneur d'assurance, soit l'employeur, est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le libre passage et le délai à observer. Le fait que l'employeur (en l'espèce Mme E \_\_\_\_\_ n'ait pas fait le nécessaire ne peut être mis à la charge de la défenderesse. Il s'agit là d'un problème entre la demanderesse et son ancien employeur. Ainsi, dès le 1<sup>er</sup> août 2016, il n'existe plus de couverture d'assurance d'indemnités journalières LCA. À titre subsidiaire et si la chambre de céans devait ne pas suivre cette argumentation, la défenderesse sollicite l'audition de son médecin conseil et la production du dossier AI si une annonce auprès de cet organisme avait été faite. Enfin et s'agissant de la question de savoir si SWICA avait effectivement supporté le montant réclamé reconventionnellement, elle a produit les pièces démontrant qu'elle avait

effectivement payé le montant de la consultation manquée au médecin, et que la demanderesse le lui avait effectivement remboursé.![endif]>![if> 23. Par courrier du 4 juillet 2017, la demanderesse a produit un rapport médical succinct de la psychiatre traitante. Elle se rapportait à justice quant à l'audition de cette dernière.![endif]>![if> Selon le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 27 juin 2017, la patiente, qu'elle suit depuis plusieurs mois, est venue pour présenter un état dépressif développé suite à l'accouchement d'une petite fille qui a réveillé le deuil non fait du décès de sa mère. Ce deuil pathologique, qui reste très actif et incapacitant, a provoqué des difficultés aussi au niveau professionnel. La patiente a eu besoin d'un arrêt (de travail) pendant lequel elle a été licenciée. Elle a perdu son père décédé subitement à la suite d'un infarctus le \_\_\_\_\_ 2016, ce décès ayant été suivi de situations familiales très compliquées. La patiente, qui présentait une légère amélioration à ce moment-là, a souffert une forte rechute de son état « anxieux-dépressif ». Le traitement de cette dame a été adapté à sa problématique médicale et malgré cela elle est encore en incapacité de travail à 100 %. 24. Par courrier du 16 août 2017, la chambre de céans a interpellé la demanderesse : dans le cadre de sa demande, elle avait notamment produit la lettre recommandée de son employeur du 7 juin 2016, à laquelle étaient annexés un certain nombre de formulaires et notices qu'elle était invitée à compléter, signer et retourner à l'employeur, parmi lesquels une « notice pour les collaborateurs et collaboratrices qui quittent l'entreprise », non produits en procédure. Avant de se déterminer sur l'éventuelle audition de Mme E\_\_\_\_\_ la chambre de céans a invité la demanderesse à produire la notice en question et au besoin de confirmer si elle avait donné suite à la demande de son employeur.![endif]>![if> 25. Par courrier du 25 août 2017, le conseil de la demanderesse a indiqué à la chambre de céans que sa mandante confirmait ne jamais avoir reçu de documents en lien avec son assurance perte de gain. Il produisait un échange de courriels intervenus entre le 31 mai et le 13 juin 2016 entre la demanderesse et Mme E\_\_\_\_\_, dont il ressort en substance : que la demanderesse avait bien reçu sa lettre de licenciement et demandait à son interlocutrice de lui envoyer les documents pour l'assurance perte de gain mentionnés dans ce courrier; que la destinataire de cette demande avait répondu que ces documents lui parviendraient directement de la centrale de B\_\_\_\_\_ ; et enfin, qu'en date du 13 juin 2016, la demanderesse avait relancé Mme E\_\_\_\_\_ lui indiquant ne toujours pas avoir reçu les documents de la centrale ; à quoi l'interlocutrice lui avait répondu qu'en principe elle allait les recevoir à la fin de son délai de résiliation, savoir fin juillet 2016.![endif]>![if> Le conseil de la demanderesse indique en conclusion que sa mandante n'a jamais reçu d'informations au sujet de son assurance perte de gain ni de la part de B\_\_\_\_\_ Genève ni de sa centrale suisse alémanique. 26. Après communication de cette correspondance et annexes à la défenderesse, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 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) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). ![endif]>![if> 2. En l'occurrence, selon la police d'assurance n° \_\_\_\_\_ conclue entre la défenderesse et l'employeur de la demanderesse, B\_\_\_\_\_ AG (preneur d'assurance), le contrat est soumis à la LCA. Il est en outre régi par les "Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective

indemnité journalière selon la LCA", Edition 1998 (ci-après: CGC).! [endif]> [if> 3. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. [endif]> [if> 4. S'agissant de la compétence ratione loci, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors qui a été abrogée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), 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. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. [endif]> [if> 5. L'art. 81 des CGC prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein. L'art. 40 CGC précise en outre que les frontaliers sont assimilés aux assurés résidant en Suisse, pour autant qu'il soit aux environs immédiats de la frontière, ce qui est le cas de la demanderesse, qui travaillait dans une succursale genevoise de B \_\_\_\_\_, de sorte que la Chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. [endif]> [if> 6. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. 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. [endif]> [if> 7. Partant, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance souscrite par son employeur, la demanderesse est fondée à agir à l'encontre de la défenderesse. Sa demande a en outre été déposée dans le délai de deux ans susmentionné. La demanderesse possède ainsi la légitimation active pour agir contre la défenderesse. [endif]> [if> 8. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant rappelé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). [endif]> [if> 9. Pour le surplus, la demande en paiement du 3 janvier 2017 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable. [endif]> [if> 10. L'objet du présent litige doit s'examiner en fonction des conclusions de la demanderesse. Dans le cas particulier la demanderesse conclut au fond à la condamnation de SWICA à lui verser la somme de CHF 24'000.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 2 janvier 2017, correspondant aux indemnités pour perte de gain des mois d'août à décembre 2016, ainsi qu'à la prise en charge par la défenderesse de ces indemnités pour le futur, tant qu'elle serait en incapacité de travailler, ceci jusqu'à concurrence de la durée prévue contractuellement. Cela revient à examiner le bien-fondé du refus de la défenderesse de verser des prestations d'assurances au-delà du 31 juillet 2016. [endif]> [if> Par ailleurs la défenderesse a conclu reconventionnellement à la condamnation de la demanderesse au remboursement de la somme de CHF 300.- pour le remboursement des honoraires facturés par le Dr D \_\_\_\_\_ pour le défaut de la demanderesse à l'examen médical initialement fixé en janvier 2016. 11. 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) ; la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). [endif]> [if> 12. Selon l'art.58 CPC le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni

autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse (al.1). Les dispositions prévoyant que le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties sont réservées (al.2). L'art. 58 CPC concrétise le principe de disposition, autrement dit, sauf exceptions expressément prévues par la loi, le tribunal est lié par les conclusions des parties. Une exception existe dans le cas de la procédure applicable aux enfants dans les affaires de droit de la famille (art. 296 al. 3 CPC) ; une exception improprement dite se trouve à l'art. 265 al. 3 CPC qui permet aux juges, lors de mesures superprovisionnelles, d'exiger des sûretés de la part du demandeur ; une autre exception se trouve dans la loi sur la responsabilité civile en matière nucléaire. (David HOFMANN et Christian LUSCHER Le code de procédure civile, Stämpfli Editions SA Berne 2009 p.31).

13. La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid.

4a). 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). 14. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également

applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). 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). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). 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\_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). 15.

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (ATF non publié 4A\_5/2011 du 24 mars 2011, consid. 4.2). Selon ce principe, 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).

b) 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). c) Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge ( ATAS/167/2008 ). 16. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).>![if> En l'espèce, et pour les raisons qui vont suivre, la question peut rester indécise de savoir si, pour la période antérieure au 31 juillet 2016, l'appréciation du médecin mandaté par la défenderesse doit prévaloir à celle de la psychiatre traitante de la demanderesse. 17. 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 ).>![if> 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 inexacts 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). A 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). 18. En l'espèce, la demanderesse a été assurée dès 2010 selon la police d'assurance collective indemnité journalière maladie selon la LCA, conclue entre son employeur, B\_\_\_\_\_, et la défenderesse, et renouvelée périodiquement, qui prévoit une indemnité journalière couvrant le 100% du salaire du 1<sup>er</sup> au 90<sup>ème</sup> jour, puis 90% du salaire assuré, la durée des prestations par cas étant de 730 jours. >![if> Il y est

précisé que sont applicables à ce contrat les conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA édition 1998, ce que la demanderesse ne conteste pas (PV de CP du 29 mai 2016 p.1). L'art. 12 CGC dispose qu'en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, [l'assureur verse] l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Conformément à l'art. 13 CGC, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail. L'art. 16 CGC précise qu'on entend par incapacité de travail l'incapacité partielle ou totale de l'assuré à exercer sa profession et toute autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui. Aux termes de l'art. 20 CGC, l'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. L'art. 22 CGC précise que les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations. En vertu de l'art. 23 CGC, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui [...] incombe [à l'assureur] de verser des prestations s'éteint. Un éventuel passage à l'assurance individuelle reste réservé. Selon l'art. 39 CGC, la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré : - lors de son départ de l'entreprise assurée, - à l'extinction du contrat, - lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans, - en cas de séjour hors de Suisse et de la principauté du Liechtenstein, après douze mois, - à l'épuisement du droit aux prestations. Selon l'art. 40 CGC, en cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré domicilié en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein a le droit de passer dans l'assurance individuelle Il doit pour cela faire valoir son droit de passage par écrit dans les 90 jours. Cette disposition ne s'applique également aux personnes au chômage au sens de l'art. 10 LACI. Les frontaliers sont assimilés aux assurés résidents en Suisse, pour autant qu'il soit domicilié aux environs immédiats de la frontière. Aux termes de l'art. 41 CGC, le preneur d'assurance est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le droit de passage dans l'assurance individuelle et le délai à observer. L'art. 42 CGC précise que l'assurance individuelle prend effet un jour après la sortie du cercle des personnes assurées ou après l'extinction du présent contrat.

19. Faisant valoir que l'assurée n'a pas demandé son passage dans l'assurance individuelle en temps utile, l'assureur excipe quoiqu'il en soit de l'extinction de la couverture d'assurance à la fin du contrat de travail de l'assurée, soit le 31 juillet 2016. Quant à la demanderesse, par courrier du 11 mai 2017, elle a observé que SWICA passe sous silence le fait qu'à aucun moment elle n'avait été informée de son droit de passer dans l'assurance individuelle, se référant à l'art. 71 al. 1 et 2 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Ainsi, selon elle, la défenderesse aurait omis les exigences légales topiques, n'ayant à aucun moment informé la demanderesse de son droit à intégrer l'assurance individuelle, ce qu'elle aurait bien évidemment fait.

[endif]>![if> La chambre de céans ( ATAS/1044/2013 ) a déjà eu l'occasion de connaître d'un cas présentant nombre de similitudes avec la présente situation. Elle y a rappelé, à titre liminaire, que lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67ss de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V

106 consid. 3). Il en va différemment dans l'assurance privée selon la LCA, dans laquelle le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. 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 clauses conventionnelles 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] (ATAS 1044/2013 consid.5). En l'espèce, les CGC contiennent une telle clause conventionnelle : l'art. 23 CGC prévoit la suppression du droit aux prestations lorsque cesse la couverture d'assurance, liée ici à la résiliation des rapports de travail (cf. art. 39 CGA). On soulignera que, selon le Tribunal fédéral, une telle disposition est généralement valable et ne constitue pas une clause insolite (ATF non publié 4A\_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 2.2). La Cour de céans a du reste déjà admis qu'aux termes des CGA de la défenderesse, l'assuré qui ne fait plus partie du cercle des bénéficiaires et n'a pas sollicité son passage dans l'assurance individuelle ne saurait prétendre à des indemnités journalières en cas de maladie ( ATAS/1203/2011 du 6 décembre 2011, consid. 4). Il en découle que l'assurée n'avait pas droit aux prestations au-delà du 31 juillet 2016, date à laquelle le contrat de travail et la couverture d'assurance ont pris fin. 20. Il convient à présent d'examiner si l'assurée a droit aux prestations en vertu de l'assurance individuelle, compte tenu de la violation du devoir d'information qu'elle reproche à l'assureur, respectivement à son employeur, estimant pouvoir opposer cette violation à l'assureur. Le devoir d'information de l'assureur est réglé à l'art. 3 LCA. Selon le troisième alinéa de cette disposition, lorsque le contrat d'assurance est un contrat collectif conférant un droit direct aux prestations à des personnes autres que le preneur d'assurance, celui-ci est tenu de renseigner ces personnes sur les principaux éléments, les modifications et la dissolution du contrat. L'assureur met à la disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires à cette fin. L'art. 331 al. 4 du code des obligations (CO ; RS 220) précise que l'employeur donne au travailleur les renseignements nécessaires sur ses droits envers une institution de prévoyance professionnelle ou en faveur du personnel ou envers un assureur. Si l'employeur enfreint cette obligation, il est tenu de réparer le dommage en découlant (à titre d'exemple, cf. ATF non publié 4A\_186/2010 du 3 juin 2010). Les CGC ne dérogent pas à la loi sur ce point puisque l'art. 41 impose au preneur d'assurance d'informer suffisamment à l'avance les assurés des possibilités de transfert. Certes, dans le domaine des assurances sociales, l'art. 27 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). L'art. 27

LPGA est étroitement lié au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution [Cst; RS 101]). Un renseignement erroné ou l'omission de renseigner l'assuré en violation de l'art. 27 LPGA peuvent, dans certaines circonstances, justifier l'octroi d'un avantage contraire à la loi, en vertu du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi ancré à l'art. 9 Cst. Tel pourra être le cas, par exemple, si un assureur a connaissance du fait que l'assuré s'apprête à adopter un comportement qui pourrait remettre en cause le droit aux prestations et s'abstient de l'en informer en temps utile (ATF non publié 8C\_627/2009 du 8 juin 2010, consid. 5.2). Cependant, l'assureur offrant des prestations fondées sur la LCA n'a pas la qualité d'autorité, de sorte que les dispositions de la LPGA ne sont pas applicables (ATF non publié 5C.41/2001 du 3 juillet 2001, consid. 2b/bb; ATAS 1044/2013 consid.6). Il ressort de ce qui précède que c'était au preneur d'assurance – soit, ici, l'employeur de l'assuré – qu'incombait l'obligation d'informer l'assurée de la fin de la couverture d'assurance et de la possibilité de solliciter son transfert et non à l'assureur, qui n'avait, quant à lui, pas de devoir d'information à l'égard de l'assurée. Le fait que la demanderesse ait interpellé l'employeur, en vain, par échanges de courriels après réception de sa lettre de congé et rende vraisemblable que ce dernier n'ait pas donné suite à sa demande de renseignements au sujet de ses droits n'y change rien, de sorte que la chambre de céans renoncera à entendre Mme E\_\_\_\_\_, car son audition n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige. (appréciation anticipée des preuves). 21. Il y a encore lieu d'examiner si, comme le prétend implicitement l'assurée, l'assureur commet un abus de droit en invoquant l'extinction de la couverture d'assurance alors qu'il s'en est prévalu pour la première fois, en cours de procédure, dans ses écritures du 8 mai 2017. [endif]>![if> a. A teneur de l'art. 2 al. 2 du code civil (CC; RS 210), l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste (ATF 134 III 52 consid. 2.1). L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine (ATF 129 III 493 consid. 5.1). L'emploi dans le texte légal du qualificatif "manifeste" démontre que l'abus de droit doit être admis restrictivement. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1). L'exercice d'un droit peut en effet se révéler abusif si l'attitude de la partie qui agit contredit son comportement antérieur et que des attentes légitimes de l'autre partie s'en trouvent déçues. Le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est cependant constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées. Il faut par exemple que ce cocontractant ait proposé lui-même la convention contraire aux règles impératives, dans son propre intérêt et en connaissance de l'invalidité, de sorte qu'il a acquis un droit de façon déloyale. La partie qui reproche à l'autre un abus de droit doit prouver les circonstances particulières qui, dans le cas concret, autorisent à retenir que l'invalidité de la convention est invoquée de façon abusive (ATF 133 III 61 consid. 4.1). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que l'assurance qui avait promis de payer les indemnités journalières à une assurée après épuisement des droits de celle-ci envers une autre assurance, puis accepté la résiliation du contrat d'assurance sans attirer son attention sur les conséquences que cela entraînait sur son droit à de telles indemnités, ne commettait

pas d'abus de droit en ne tentant pas de l'en dissuader [ATF non publié 4A\_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 3.2] ( ATAS/1044/2013 consid.7). b. A la lumière des précisions apportées par la jurisprudence, on ne saurait admettre que les conditions pour retenir un abus de droit soient réalisées en l'espèce. En effet, on peut certes s'étonner que l'assureur n'ait jamais soulevé le moyen tiré de l'extinction de la couverture d'assurance avant le dépôt de l'action, notamment lors des échanges de correspondance avec le conseil de l'assurée en été 2016, pendant les mois de juillet et août notamment. Il n'en demeure pas moins que celui-ci n'a jamais garanti à l'assurée le versement de prestations sur la période d'indemnisation subordonnée à l'exercice du droit de passage, de sorte qu'on ne peut considérer l'invocation de l'art. 23 CGC, assez tardive il est vrai, comme un revirement contraire à la bonne foi. D'un autre côté, on relèvera que dans le cas particulier, l'assurée a constitué avocat dès réception du premier courrier de SWICA (16 décembre 2015) que l'assureur lui avait adressé le lendemain de l'annonce du cas par l'employeur. Elle a ainsi été assistée par un mandataire qualifié tout au long du cas d'assurance, de sorte qu'elle ne saurait se prévaloir de son ignorance de ses droits, d'autant que son conseil n'a pas manqué d'intervenir auprès de l'employeur également, pour contester la position de ce dernier et faire valoir les droits de sa mandante, lorsque cela était nécessaire. Le fait qu'elle n'ait apparemment été possession ni du contrat d'assurance, ni des CGC que son conseil a recherchés sur internet au moment de la rédaction de la demande en justice, n'y change rien non plus. Il ne ressort pas pour autant des allégués de la demanderesse, assistée par un avocat largement avant le moment où le passage dans l'assurance individuelle était encore possible, qu'elle ait demandé à obtenir une copie des CGA auprès de l'assureur ou qu'elle lui ait demandé des renseignements sur le sort des prestations d'assurance à l'extinction des rapports de travail. Ce n'est donc pas un comportement abusif de l'assureur qui a causé le défaut de couverture, si bien que celui-ci peut invoquer la fin des rapports d'assurance sans que l'on puisse lui en faire grief. Ainsi, l'intégralité des conclusions de la demanderesse portant sur la condamnation de la défenderesse à verser des prestations pour la seule période postérieure à l'échéance du contrat de travail, après la fin de l'obligation de l'assureur de verser les prestations contractuelles, soit du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2016 - la demande ayant été déposée au début janvier 2017 -, et au-delà, tant que perdurerait l'incapacité de travail alléguée, jusqu'à extinction des obligations contractuelles (730 jours d'indemnités), doivent être rejetées. Certes, dans sa demande, l'assurée a dressé l'historique du cas d'assurance, et offert en preuve les faits qui étaient à l'origine du litige, notamment la divergence d'appréciation entre le médecin mandaté par la défenderesse et son psychiatre traitant, et ses conséquences sur les prestations effectuées par la défenderesse, avant la fin des rapports de travail. Cette dernière, dans sa réponse, a confirmé le détail des prestations qu'elle avait versées, soit des indemnités journalières à 100 % du 28 novembre 2015 au 3 avril 2016 et à 50 % du 4 avril au 31 mai 2016 pour un montant de CHF 25'521.40. La chambre de céans retient en l'espèce - au degré de la vraisemblance prépondérante - que la description des faits antérieurs au 31 juillet 2016 a été énoncée pour démontrer l'existence d'un cas d'assurance avant l'échéance des prestations d'assurance à la fin des rapports de travail, date à laquelle, selon elle, la persistance d'une incapacité de travail justifiait la poursuite des prestations d'assurance, au-delà du 31 juillet 2016, l'assureur devant, selon la demanderesse, répondre du défaut d'information au sujet de ses droits au libre passage dans l'assurance individuelle. C'est si vrai qu'elle conclut son offre de preuve en disant n'avoir d'autre choix que de déposer la présente demande, « étant précisé qu'elle ne perçoit plus d'indemnités maladie depuis l'échéance de son contrat de travail ». A aucun moment elle n'a

articulé des prétentions à un complément de prestations pour la période précédant le 31 juillet 2016, ses conclusions étant au contraire précises : le montant réclamé de CHF 24'000.- portant intérêt à 5 % l'an dès le 2 janvier 2017 " correspondant aux indemnités pour perte de gain des mois d'août à décembre 2016 ", et au-delà de 2016 jusqu'à concurrence de l'échéance des prestations contractuelles prévues, tant et aussi longtemps que durerait l'incapacité de travail alléguée. La demanderesse ayant ainsi clairement circonscrit la nature et la période de ses prétentions, la chambre de céans est liée par les conclusions de la demande (art. 58 CPC); elle ne peut dès lors que constater que dès le 1<sup>er</sup> août 2016, date du début de la période pour laquelle les prestations litigieuses sont demandées, l'obligation de prêter de la défenderesse était éteinte. 22. Il résulte de ce qui précède que la chambre de céans n'a pas à se pencher sur les divergences d'appréciations médicales à la base du litige, ni à examiner la valeur probante des documents médicaux produits. En effet, le résultat d'une telle instruction n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige. 23. Ainsi, la demanderesse doit être déboutée de toutes ses conclusions. 24. Enfin, s'agissant des conclusions reconventionnelles de la défenderesse en paiement de la somme de CHF 300.-, en remboursement d'honoraires du Dr F\_\_\_\_\_, la défenderesse a admis avoir été remboursée par la demanderesse – et produit le justificatif de paiement de la demanderesse (d'ailleurs antérieur au dépôt de la demande en justice), de sorte que cette prétention est infondée; la défenderesse sera ainsi déboutée de ses conclusions reconventionnelles. 25. La demande et la demande reconventionnelle sont dès lors rejetées. 26. 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). 27. 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.