

# GE\_GERICHTE A/980/2013 vom 3. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_980\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_980_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/980/2013 du 3 septembre 2013

IT: GE\_GERICHTE A/980/2013 del 3 settembre 2013

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur R \_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CHERVAZ Damien demandeur contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA, sise Mythenquai 2, ZÜRICH, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre défenderesse EN FAIT 1. Monsieur R \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1958, a travaillé en qualité d'employé polyvalent au service travaux-voirie de la ville X \_\_\_\_\_ à partir de 1999. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001, il a obtenu le statut d'auxiliaire fixe sous contrat de droit privé.![endif]>![if> 2. En tant qu'employé de la ville X \_\_\_\_\_, l'assuré était au bénéfice d'un contrat d'assurance maladie perte de gain que son employeur avait conclu avec ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après la ZURICH ou l'assureur) en faveur de l'ensemble du personnel devant obligatoirement être assuré selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). ![endif]>![if> 3. En date du 16 mars 2011, l'assuré a été victime d'un accident à son domicile. Alors qu'il était juché sur une échelle, il a glissé en voulant attacher des fils contre les pigeons sur son balcon. Les suites de cet événement ont été prises en charge par la SUVA.![endif]>![if> 4. Le 15 avril 2011, la ville X \_\_\_\_\_ a complété et adressé un formulaire de détection précoce à l'OAI.![endif]>![if> 5. Le 4 octobre 2011, la ville X \_\_\_\_\_ a licencié l'assuré avec effet au 31 janvier 2012.![endif]>![if> 6. Par avis du 7 novembre 2011, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré à partir du 19 mars 2011 et qui était toujours en cours n'était plus en relation de causalité pour le moins probable avec les seules conséquences de l'accident. Il a indiqué que les différents éléments au dossier avaient mis en évidence une gonarthrose tricompartmentale. Il a également ajouté que les effets délétères d'un éventuel traumatisme sans lésion radiologique objectivable dans les suites immédiates avaient cessé de déployer leurs effets négatifs au plus tard trois mois après l'événement déclaré.![endif]>![if> 7. Par décision du 9 novembre 2011, la SUVA a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 15 novembre 2011, motif pris que de l'avis du Dr A \_\_\_\_\_ du 7 novembre 2011, l'accident du 19 mars [recte: 16 mars] 2011 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assuré présentait encore et que par conséquent, les troubles qui subsistaient encore n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade. ![endif]>![if> Dite décision a été notifiée à l'assuré avec copie à la ZURICH. Non contestée dans le délai d'opposition imparti, cette décision est entrée en force. 8. Par certificat du 28 novembre 2011, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté que suite à un accident qui avait eu lieu le 19 mars 2011 [recte: 16 mars 2011], l'assuré était en arrêt de travail depuis le 21 mars 2011, ceci pour une durée encore indéterminée.![endif]>![if> 9. Faisant référence à l'événement du 16 novembre 2011 (sic) dans un décompte d'indemnités

journalières du 25 janvier 2012, la ZURICH a versé des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100% du 15 au 31 janvier 2012 sur le compte de la ville X\_\_\_\_\_, soit 3'299 fr. 36 arrondis à 3'300 fr. correspondant à 194 fr. 08 par jour durant 17 jours.![endif]>![if> L'assureur a poursuivi le versement de ces indemnités sur le compte de l'assuré à partir du 1 er février 2012. 10. Mandaté par l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a réalisé une expertise médicale le 20 juin 2012. Sous l'angle des affections ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'expert a diagnostiqué une gonarthrose tri-compartmentale gauche (M171) remontant à 2011. Il a considéré que depuis lors, l'assuré présentait une incapacité de travail complète dans son activité d'ouvrier polyvalent, ajoutant qu'une implantation prothétique du genou gauche ne s'imposait pas cliniquement, et précisant que de toute manière, un geste chirurgical ne permettrait pas une reprise de travail dans une activité tout de même lourde et exigeante. En revanche, l'expert a estimé que dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions, essentiellement de type sédentaire, sans port de charges autres que légères (inférieures à 5 kg), l'assuré présentait une capacité de travail à temps complet sans diminution de rendement dès le mois de mars 2011.![endif]>![if> 11. En date du 18 novembre 2012, l'assureur a reçu copie du dossier de l'assuré ouvert auprès de l'OAI.![endif]>![if> 12. Par courrier du 21 janvier 2013, l'assureur s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ pour mettre un terme au versement des indemnités journalières au plus tard au 31 janvier 2013.![endif]>![if> 13. Le 13 février 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré était incapable de travailler depuis le 22 mars 2011 pour une durée indéterminée suite à des problèmes de santé.![endif]>![if> 14. Par courrier du 21 février 2013, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a invité l'assureur à reconsidérer sa position du 21 janvier 2013 d'ici au 10 mars 2013. Se fondant notamment sur le certificat du 13 février 2013 du Dr B\_\_\_\_\_, l'assuré a soutenu qu'il était toujours en incapacité de travail et que partant, la poursuite du versement des indemnités journalières s'imposait. Se référant à la jurisprudence, il a ajouté que même dans l'hypothèse (contestée) selon laquelle il était capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations, l'assureur restait tenu de lui octroyer un délai de quatre à cinq mois pour lui permettre de se réorienter vers une telle activité.![endif]>![if> 15. Sans réponse de l'assureur, l'assuré a déposé le 21 mars 2013 une demande en paiement dirigée contre l'assureur devant la Cour de céans, concluant sous suite de dépens, principalement, au paiement de l'intégralité des indemnités journalières à hauteur de 194 fr. 74 au-delà du 31 janvier 2013, avec intérêts à 5% dès le 30 juin 2013, date moyenne, et cela jusqu'à ce que la limite de 730 jours soit atteinte, et subsidiairement, jusqu'au 30 juin 2013, avec intérêt à 5% dès le 15 avril 2013, date moyenne. ![endif]>![if> À l'appui de ses conclusions, l'assuré fait valoir que le contrat et les conditions générales d'assurance, documents dont il requiert la production par l'assureur, lui garantissent le paiement d'indemnités journalières à concurrence de l'intégralité de son salaire pour une durée maximale de 730 jours en cas d'incapacité de travail. Il ajoute que même si la Cour de céans retenait l'existence d'une capacité de travail dans une autre profession, l'assureur devrait être condamné à poursuivre le versement des indemnités journalières jusqu'à l'écoulement du délai d'adaptation prévu par la jurisprudence pour trouver un emploi dans une autre profession. 16. Par courrier du 3 avril 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur une série de questions qui lui avaient été posées par le conseil de l'assuré. Il en ressort que l'incapacité de travail depuis le 16 novembre 2011 (sic) est due à un accident et que les douleurs dont souffre l'assuré depuis lors ne se sont pas améliorées et s'accroissent en cas d'activité physique, ce qui empêche une

reprise du travail, y compris dans une autre activité professionnelle, l'assuré n'ayant pas d'autre formation professionnelle.![endif]>![if> 17. Par réponse du 15 mai 2013, l'assureur a conclu sous suite de dépens au déboutement de l'assuré de toutes ses conclusions.![endif]>![if> À l'appui de ses conclusions, l'assureur fait valoir que l'incapacité de travail présentée par l'assuré ne résulte pas d'une maladie, mais d'un accident et que conformément aux conditions générales du contrat (CGC), les conséquences d'un accident, qu'elles soient physiques ou mentales, ne sont pas couvertes par l'assurance "perte de salaire maladie". Elle soutient par ailleurs que même si l'on devait admettre que l'incapacité de travail présentée par l'assuré était due à la maladie, aucune prestation ne serait due, d'une part en raison d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, d'autre part en raison de l'absence de couverture d'assurance. S'agissant de ce dernier point, l'assureur se fonde sur l'art. 53 CGC aux termes duquel la couverture d'assurance cesse de produire ses effets à l'expiration du 30 ème jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. L'assureur en déduit que la couverture d'assurance a cessé de produire ses effets après le 29 février 2012, soit le 30 ème jour suivant la fin des rapports de travail qui remonte au 31 janvier 2012. 18. Par ordonnance du 16 mai 2013, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier AI.![endif]>![if> 19. Par courrier du 28 mai 2013, l'assuré a informé l'assureur qu'après avoir pris connaissance du contrat d'assurance liant celle-ci à la ville X \_\_\_\_\_, il souhaitait passer dans l'assurance individuelle en application des CGC.![endif]>![if> 20. Le 1 er juillet 2013, l'assuré se fonde sur la décision de la SUVA du 9 novembre 2011 en soutenant que depuis novembre 2011, son incapacité de travail n'est plus due à un accident, mais à une maladie et qu'elle tombe dès lors dans le champ d'application des CGC de l'assureur. S'agissant de l'absence de couverture d'assurance alléguée par l'assureur, l'assuré fait valoir que malgré plusieurs demandes, il n'a jamais reçu de copie, ni du contrat d'assurance, ni des conditions générales y relatives, ce jusqu'à réception du mémoire de réponse du 15 mai 2013 qui comportait lesdites pièces. L'assuré tire argument de cette situation en indiquant qu'à aucun moment, il n'a ainsi pu prendre conscience du fait qu'il risquait de sortir du cercle des assurés. Il ajoute qu'il n'avait pas davantage conscience du fait que si, par hypothèse, il sortait dudit cercle, il disposait, durant 90 jours, d'un droit de passage en assurance individuelle en application des CGC.![endif]>![if> 21. Par écriture du 2 août 2013, l'assureur persiste dans ses conclusions. S'agissant de l'absence de couverture d'assurance, singulièrement l'omission de signaler à l'assuré son droit de passage en assurance individuelle, l'assureur souligne qu'au vu de l'assujettissement du contrat à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), le devoir d'informer l'assuré sur ses droits n'incombait pas à l'assureur, mais à l'employeur. Il précise que faute d'avoir formé une demande de libre passage dans les 90 jours suivant le moment où il quittait le cercle des assurés, l'assuré n'a pas bénéficié du passage dans l'assurance individuelle, de sorte que la couverture d'assurance a cessé de produire ses effets dès le jour suivant le 29 février 2012.![endif]>![if> 22. Sur quoi, la cause a été 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 292) et à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1098 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). ![endif]>![if> Le contrat liant les parties étant soumis à la LCA, sa compétence *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce

est ainsi établie. L'assureur ayant son domicile à Genève, les tribunaux genevois sont compétents *ratione loci* (art. 10 CPC). La demande en paiement du 21 mars 2013 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable. La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

2. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> février 2013.

3. a) La ville X \_\_\_\_\_ et l'assureur sont liées par un contrat d'assurance, soumis à la LCA. Ce contrat est complété par les conditions générales du contrat (CGC). Par ailleurs, les "conditions du contrat assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA" (ci-après CCLCA) complètent les CGC. La LCA ne comporte pas de dispositions particulières sur l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 II 185, consid. 2 = SJ 2007 I p. 459).

b) La LCA est applicable pour les points qui ne sont expressément réglés dans les conditions relatives aux assurances selon la LCA (art. 40 CGC). D'éventuelles déclarations écrites faites par le preneur d'assurance ou les personnes assurées dans la proposition ou dans d'autres documents constituent également les bases du contrat (art. 41 CGC). Les personnes assurées sont mentionnées dans la police (art. 42 CGC). En l'espèce, il ressort de la police d'assurance no 14.028.946 valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 que l'ex-employeur de l'assuré, la ville X \_\_\_\_\_, en tant que preneur d'assurance, ainsi que la ZURICH, en qualité d'assureur, ont conclu un contrat collectif d'indemnités journalières d'après la LCA en faveur de l'ensemble du personnel de l'assureur devant obligatoirement être assuré selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, LAA; RS 832.20). Conformément à cette police, l'assuré, en tant qu'employé de la ville X \_\_\_\_\_, avait droit au versement d'une indemnité journalière s'élevant à 80% du salaire du 61<sup>ème</sup> au 730<sup>ème</sup> jour de maladie, soit après l'écoulement d'un délai d'attente de 60 jours. Par maladie au sens de l'assurance, il faut entendre toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique 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 CCLCA). Au chapitre des restrictions de l'étendue d'assurance, ne sont pas assurées les maladies professionnelles et les lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident, pour lesquelles l'assurance-accidents LAA verse des prestations (Art. 11 CCLCA). La ZURICH paie le pourcentage convenu du gain assuré pendant la durée d'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police (art. 20 CCLCA) et ce, à concurrence de la durée des prestations mentionnée dans la police (art. 28 CCLCA). En cas d'incapacité partielle de travail, la ZURICH paie une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité (art. 36, 1<sup>ère</sup> phrase CCLCA). Une incapacité de travail de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation (art. 37 CCLCA). Les CGC précisent que la couverture d'assurance prend effet pour chaque travailleur le jour de son entrée au service de l'entreprise assurée (art. 53 CGC) mais qu'elle cesse de produire ses effets à l'expiration du 30<sup>ème</sup> jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins (art. 54 CGC). L'art. 58 CGC dispose que lorsqu'elles ne font plus partie du cercle des assurés, les personnes domiciliées en Suisse ou au Liechtenstein ont le droit de passer dans l'assurance individuelle de la ZURICH en faisant valoir ce droit de passage dans les 90 jours qui suivent le moment où elles quittent le cercle des assurés. Cela étant, l'art. 34 CCLCA dispose que lors de cas d'assurance qui ne sont pas encore réglés à l'extinction de la couverture d'assurance, la ZURICH continue de servir ses prestations contractuelles au-delà de la date d'extinction (prestation après extinction). Cette prestation après extinction cesse:

- en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance de l'indemnité journalière du nouvel employeur ou, en ce qui concerne l'indemnité d'accouchement, si la personne assurée quitte l'entreprise huit semaines au plus avant l'accouchement. 4. Il s'agit préalablement d'examiner si l'assuré peut prétendre aux prestations de l'assureur en vertu de l'assurance collective d'indemnités journalières. 5. 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 (Jean-Benoît 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). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA). Lorsque cet autre assureur renonce à l'exercice de celle-ci, la décision en question lui est en principe opposable (KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, pp. 628-629 ad art. 49 al. 4 LPGA). Appliquant ce principe à l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a considéré que la force obligatoire d'une évaluation de l'invalidité entérinée par une décision entrée en force d'un assureur-accidents doit être relativisée en ce sens que la fixation différente du degré d'invalidité en matière d'assurance-invalidité ne peut être remise en cause qu'exceptionnellement par une décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité et à la condition qu'il existe pour cela des motifs pertinents; une appréciation divergente mais soutenable – éventuellement même équivalente – n'est pas suffisante au vu de la présomption d'exactitude qui est attachée à l'évaluation de l'invalidité figurant dans la décision entrée en force (ATF 126 V 288 consid. 2b et 2d). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants

aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 6. Dans un premier moyen, l'assureur soutient que l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité d'employé polyvalent ne serait pas due à une maladie, mais à un accident. Elle se fonde à cet égard sur l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_, le certificat établi le 28 novembre 2011 par le Dr B \_\_\_\_\_ et le courrier de ce praticien du 3 avril 2013 au conseil de l'assuré. Ce faisant, l'assureur fait preuve d'un comportement pour le moins contradictoire. En effet, il n'a pas formé opposition contre la décision de la SUVA du 9 novembre 2011 qui estimait que le statu quo ante/sine était atteint avec effet au 15 novembre 2011. Bien plus, il s'est conformé à cette décision en versant des indemnités journalières à l'employeur de l'assuré du 15 au 31 janvier 2012, soit à compter du 61<sup>ème</sup> jour de maladie, conformément aux obligations découlant du contrat d'assurance, en fixant le point de départ du délai d'attente de 60 jours au 16 novembre 2011, soit en fonction de la décision de la SUVA. Étant donné que cette dernière est entrée en force, elle est en principe opposable à l'assureur (KIESER, op. cit., pp. 628-629 ad art. 49 al. 4 LPG; ATF 126 V 288 consid. 2b et 2d). [endif]>![if>

Dans son appréciation du 7 novembre 2011, le Dr A \_\_\_\_\_ a considéré que les effets délétères d'un éventuel traumatisme sans lésion radiologique objectivable dans les suites immédiates de l'événement du 16 mars 2011 avaient cessé de déployer leurs effets négatifs au plus tard trois mois après l'événement déclaré. La Cour de céans constate que cette appréciation est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Bien qu'elle se fonde uniquement sur le dossier, les rapports médicaux que ce dernier comporte contiennent suffisamment d'appréciations qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré. L'appréciation du Dr A \_\_\_\_\_ aboutit à un résultat convaincant, se fonde sur un examen minutieux de l'ensemble du dossier médical, est sérieusement motivée, tient compte des plaintes de l'assuré et ne contient pas de contradictions. S'agissant de l'expertise établie par le Dr C \_\_\_\_\_ à la demande de l'OAI, elle doit être écartée dans le présent contexte puisqu'elle n'a pas pour objet de déterminer si l'incapacité de travail de l'assuré se situe encore dans une relation de causalité avec l'accident du 16 mars 2011, mais d'apprécier la capacité de travail exigible de l'assuré au vu de ses limitations fonctionnelles. Quant au certificat établi le 28 novembre 2011 par le Dr B \_\_\_\_\_ et au courrier de ce même praticien du 3 avril 2013, ils ne sont pas non plus de nature à remettre en cause la valeur probante de l'appréciation du Dr A \_\_\_\_\_. En effet, ces documents n'expliquent pas en quoi l'incapacité de travail serait encore en lien de causalité avec l'accident du 16 mars 2011 après le 15 novembre 2011. En se bornant à faire référence aux dits documents et à l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_, l'assureur n'explique pas non plus en quoi l'appréciation du Dr A \_\_\_\_\_ du 7 novembre 2011 serait erronée. Dès lors, en application de l'ATF 126 V 288 précité dont les considérants peuvent être repris mutatis mutandis, il y a lieu de considérer que la présomption selon laquelle l'incapacité de travail présentée par l'assuré était due à une maladie à compter du 16 novembre 2011 n'a pas été renversée. Ainsi, en tant que l'incapacité de travail de l'assuré était imputable à une maladie à partir du 16 novembre 2011, l'assuré tombait dans la catégorie des risques assurés définis par l'art. 4 CCLCA. Dans la mesure où il résulte des divers certificats médicaux produits que l'incapacité de travail s'est prolongée au-delà de la fin du contrat de travail le 31 janvier 2012 et au-delà de l'extinction de la couverture d'assurance 30 jours après le terme de ce contrat (cf. art. 54 CGC), l'art. 34 CCLCA, aux termes duquel les "cas qui ne sont pas encore réglés à l'extinction de la couverture d'assurance", s'applique. Dès lors que l'assuré n'a pas changé d'emploi et n'est pas passé dans l'assurance d'indemnités journalières d'un nouvel employeur, l'art. 34 CCLCA lui

permettait de continuer à prétendre à des indemnités journalières de la part de l'assureur au-delà de l'extinction de la couverture d'assurance. Ainsi, contrairement à ce que soutient l'assureur, les prestations qui ont été versées à l'assuré entre l'extinction de la couverture d'assurance et le 31 janvier 2013 reposent bel et bien sur une cause valable. Dans ces circonstances, la Cour de céans se dispensera d'examiner si, sur cette même période et même au-delà, l'assuré pouvait prétendre à des prestations fondées sur l'assurance individuelle en faisant valoir un droit de passage au sens de l'art. 58 CGC. Il ressort en effet de la systématique des CGC de l'assureur qu'en présence d'un cas non réglé à l'extinction de la couverture d'assurance, l'art. 58 CGC cède le pas à l'art. 34 CCLCA. 7. Il s'agit à présent de se demander si l'assuré peut prétendre au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2013, ce que l'assureur refuse en se fondant sur l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ qui mentionne une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à partir du mois de mars 2011.!

[endif]>![if> L'art. 61 LCA dispose que lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage (al. 1). 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. 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). Dans des arrêts qui concernaient comme ici une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA (arrêt 5C.211/2000 du 8 janvier 2001, consid. 4c non publié à l'ATF 127 III 106 ; arrêt 5C.176/1998 du 23 octobre 1998, consid. 2c), le Tribunal fédéral a considéré que l'art. 61 LCA était 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 pour 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 (cf. ATF 111 V 235 consid. 2a; ATF 114 V 281 consid. 3a; voir aussi BRULHART, L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie, in Le droit social dans la pratique de l'entreprise - questions choisies, 2006, p. 95 ss, 107). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt K 14/99 du 7 février 2000, publié in Assurance-maladie et accidents [RAMA] 2000 n° KV 112 p. 122 (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1). En l'espèce, par courrier du 21 janvier 2013, l'assureur a invité l'assuré à trouver un emploi adéquat d'ici au 1<sup>er</sup> février 2013 et, à défaut, à s'inscrire au chômage. Au regard des principes exposés ci-dessus, ce délai de 10 jours était manifestement trop bref pour l'assuré qui est au bénéfice d'un certificat du 13 février 2013 du Dr B\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail depuis le 22 mars 2011 pour une durée indéterminée, incapacité confirmée le 3 avril 2013. Cela étant, l'assureur fait remarquer à bon escient que l'assuré était en possession des conclusions de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ de nombreux mois avant qu'il ne reçoive le courrier du 21 janvier 2013. Aussi l'assuré savait-il qu'au regard de cette expertise, il présentait certes une incapacité de travail complète et définitive dans son activité d'employé polyvalent depuis son accident de mars 2011, mais une capacité de travail à temps complet sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations dès le mois de mars 2011 également. D'un autre côté,

l'âge relativement élevé de l'assuré (55 ans), son absence de formation et ses problèmes de santé sont de nature à rendre plus difficiles ses chances de retrouver un emploi. Au vu de ces éléments, la Cour de céans considèrera en équité que dans son courrier daté du 21 janvier 2013, l'assureur aurait dû impartir à l'assuré un délai au 1<sup>er</sup> juin 2013 pour trouver un emploi adéquat. Dans l'intervalle, il incombait à l'assureur de poursuivre le versement des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2013, l'incapacité de travail complète et définitive de l'assuré dans son activité d'employé polyvalent étant établie en regard de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Pour le surplus, le certificat du 13 février 2013 du Dr B\_\_\_\_\_ ainsi que son courrier du 3 avril 2013 confirment le maintien de l'incapacité de travail de l'assuré. L'assureur sera donc condamné à verser des indemnités journalières d'un montant de 194 fr. 74 à la demanderesse pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mai 2013, soit la somme de 23'368 fr. 80 (= 120 x 194,74). Il sied de relever que l'addition des indemnités déjà versées après l'écoulement du délai d'attente de 60 jours, au nombre de 383, et des indemnités restant à verser, au nombre de 120, se situe en deçà de la limite de 730 jours de maladie prévue par le contrat d'assurance. 8. Dans ses conclusions principales, l'assuré réclame également le paiement d'intérêts moratoires à 5% dès le 30 juin 2013, date moyenne. Dans ses conclusions subsidiaires, les intérêts moratoires à 5% sont réclamés dès le 15 avril 2013, date moyenne.!

[endif]>!

[if> a) L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est donc dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'interpellation doit décrire la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que le débiteur puisse reconnaître ce que le créancier exige. Si la prestation est pécuniaire, le montant doit en principe être chiffré (ATF 129 III 535 ). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7). b) En l'espèce, c'est en date du 18 novembre 2012 que l'assureur a reçu copie de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ déclarant l'assuré définitivement incapable d'exercer son activité d'employé polyvalent. Par courrier du 21 février 2013, l'assuré a encore adressé à l'assureur le certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 13 février 2013 attestant d'une incapacité de travail d'une durée indéterminée. Toutefois, ce courrier, qui invitait l'assureur à reconsidérer son refus de verser des prestations au-delà du 31 janvier 2013, ne comportait pas de prétentions chiffrées. En conséquence, c'est par le dépôt de la demande en justice qui a été notifiée à l'assureur par courrier simple du 22 mars 2013 reçu le 25 mars 2013 que ce dernier a été interpellé. Ainsi les intérêts moratoires sont dus dès le 26 mars 2013. Étant donné toutefois que l'assuré ne réclame le versement d'intérêts moratoires qu'à compter du 15 avril 2013 au plus tôt et que la Cour de céans ne saurait statuer ultra petita, les intérêts moratoires sur la somme de 23'368 fr. 80 ne seront dus qu'à partir du 15 avril 2013. 9. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC ; RS E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles

contentieuses (art. 1 RTFMC).! [endif]>![if> L'assuré représenté par un conseil, obtenant gain de cause, l'assureur est condamné à lui verser une indemnité de 4'000 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 16 à 21 de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]; art. 84 et 85 du Règlement fixant le tarif des frais en matière civile [RTFC ; RS E 1 05.10]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 17 al. 3 let. a LaCC). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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