

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2097/2015

ATAS/355/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 mai 2016**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX

demandeur

contre

CSS ASSURANCE SA, Tribschenstrasse 21, LUCERNE

défenderesse

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy KNOPFEL, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le demandeur), né le \_\_\_\_\_ 1966, jardinier-paysagiste indépendant, a conclu avec la CSS Assurance SA (ci-après l'assurance ou la défenderesse) une assurance d'indemnités journalières pour petites entreprises du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014. À ce titre, il bénéficiait d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident (police n°1\_\_\_\_\_).
2. Suite à un accident ayant causé des lombalgies et des douleurs à l'épaule gauche, l'assuré a été en incapacité de travail à 100% du 29 octobre 2012 au 24 février 2013, puis à 50% du 25 février au 30 avril 2013 (cf. récapitulatif de l'assurance du 30 juin 2015 concernant les indemnités journalières versées et la note de son médecin d'entreprise du 1<sup>er</sup> juillet 2015).
3. Du 17 juillet au 31 décembre 2013, il a été en arrêt de travail à 100% en raison de douleurs lombaires dues à une hernie inguinale bilatérale (cf. le récapitulatif de l'assurance du 30 juin 2015 concernant les indemnités journalières versées et la note de son médecin d'entreprise du 1<sup>er</sup> juillet 2015).
4. En date du 9 octobre 2013, l'assurance a informé l'assuré de l'adaptation automatique des primes au 1<sup>er</sup> janvier 2014 et lui a communiqué la police d'assurance valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014.
5. Dans un rapport du 4 mars 2014, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une dépression nerveuse et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.
6. Par certificat médical du même jour, ce médecin a indiqué que la capacité de travail de son patient était nulle du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2014 pour cause de maladie, avec une reprise à 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2014.
7. Le 13 mars 2014, il a certifié d'une totale incapacité de travail depuis le 12 mars 2014 en raison d'un accident.
8. Par déclaration de sinistre du 25 mars 2014, l'assuré a annoncé s'être blessé le 12 mars 2014 à la jambe droite alors qu'il travaillait.
9. En date du 27 mai 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une contusion du genou droit suite à un choc et une chute le 12 mars 2014. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.
10. Par courrier du 2 juin 2014, l'assurance a informé l'assuré de ce qu'elle mettait fin au versement de ses prestations au 31 mai 2014. Elle considérait en effet que l'assuré présentait, dès le 1<sup>er</sup> juin 2014, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.
11. Le 5 juin 2014, l'assuré a contesté ce point de vue, relevant que son médecin avait renouvelé son arrêt de travail.

12. En date du 13 juin 2014, l'assurance a résilié le contrat d'assurance d'indemnités journalières selon l'art. 6.5 des conditions générales d'assurances (résiliation en cas de sinistre), précisant que la comparaison entre les primes payées et les prestations versées démontrait que la charge découlant des sinistres était supérieure à la moyenne à long terme. La couverture d'assurance prendrait fin quatorze jours après réception de la notification.
13. Le 20 juin 2014, l'assurance a informé l'assuré que son médecin d'entreprise considérait qu'une incapacité de travail de onze semaines, soit du 12 mars au 31 mai 2014, était largement suffisante pour récupérer d'une contusion du genou. Partant, elle maintenait les termes de son courrier du 2 juin 2014 et mettait fin au versement de ses prestations au 31 mai 2014.
14. Par courrier du 23 juin 2014, l'assuré a contesté la résiliation de son assurance.
15. Le 25 juin 2014, il s'est opposé au courrier de l'assurance du 20 juin 2014 relatif à la fin du versement de ses indemnités journalières.
16. Par pli recommandé du 30 juin 2014, l'assurance a indiqué que sa résiliation était erronée et que le contrat était « remis en vigueur » avec effet au 28 juin 2014. Cela étant, il lui était impossible de maintenir la couverture d'assurance au-delà de son expiration pour les raisons évoquées dans son précédent courrier. Le contrat était donc résilié avec effet au 31 décembre 2014 conformément à l'art. 6.2 des conditions générales.
17. Le même jour, l'assurance a communiqué à l'assuré une nouvelle police d'assurance (10-011-187-980), selon laquelle le contrat portait sur la période du 29 juin au 31 décembre 2014. D'après les conditions particulières annexées, la teneur de la police et des avenants était considérée comme acceptée si le preneur d'assurance n'en demandait pas la rectification dans les quatre semaines (conformément à l'art. 12 LCA).
18. L'assurance a mandaté la Clinique Corela afin qu'elle procède à une expertise de l'appareil locomoteur. Le docteur C\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste auprès de la clinique précitée, a rendu son rapport le 24 septembre 2014, après avoir examiné l'assuré le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Il a retenu, à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, une chondropathie rotulienne en phase stabilisée et en rapport avec l'âge, une dégénérescence mucoïde du ménisque interne en phase stabilisée et en rapport avec l'âge, ainsi qu'une tendinopathie rotulienne en phase stabilisée. Il a également diagnostiqué un kyste synovial plurilobé, aggravé par l'évènement du 12 mars 2014, en phase de maintenance sans retour à l'état antérieur, avec une incidence sur la capacité de travail partielle en raison de la décompensation post-traumatique, et une contusion de la face postéro-interne et de la face antérieure du genou droit. Il a expliqué qu'une contusion était un traumatisme n'ayant entraîné ni fracture, ni lésion ligamentaire. Les lésions touchaient essentiellement les fibres musculaires et les vaisseaux capillaires, entraînant un hématome plus ou moins important dans la zone d'impact. À l'examen, il n'y avait ni épanchement, ni signe

de lésion ligamentaire, ni lésion méniscale. Le genou était sec et stable dans les deux plans, et la mobilité était dans les normes hormis une très légère diminution de la flexion du genou droit. Les signes cliniques actuels étaient en rapport avec le kyste synovial découvert à l'occasion d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM), effectuée le 27 mai 2014, qui n'avait mis en évidence aucune lésion traumatique. Si une augmentation du volume du kyste était constatée, une cure chirurgicale avec un examen anatomo-pathologique serait alors indiquée. La chondropathie superficielle de grade II, limitée dans son étendue, n'engendrait aucune limitation fonctionnelle hormis le port de charges très lourdes, lequel était très rare, voire inexistant, dans l'activité exercée par l'assuré. La dégénérescence mucoïde du ménisque, lésion banale, et la tendinopathie, très discrète, ne provoquaient pas d'expression clinique manifeste et aucune limitation n'était donc retenue. Concernant le kyste synovial, la position accroupie prolongée était contre-indiquée et l'incapacité de travail était de « 15% horaire », sans limitation de rendement à partir du 27 mai 2014. Cette incapacité disparaîtrait deux mois après un éventuel traitement chirurgical, mais une récurrence était toujours possible après une exérèse chirurgicale. Une éventuelle intervention chirurgicale serait à mettre « sur le compte des conséquences de l'évènement du 12 mars 2014 ». Concernant le diagnostic de contusion du genou, l'expert a conclu que la capacité de travail de l'assuré avait été nulle du 12 mars au 31 mai 2014, mais qu'elle était totale depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014, sans baisse de rendement.

19. Par courrier du 6 octobre 2014, l'assurance a confirmé la fin du versement de ses prestations au 31 mai 2014 concernant l'incapacité de travail qui avait débuté le 12 mars 2014.
20. Suite à une rechute de ses douleurs inguinales, l'assuré a été en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2014. Il a été opéré aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après HUG) le 1<sup>er</sup> décembre 2014 (cf. le récapitulatif de l'assurance du 30 juin 2015 concernant les indemnités journalières versées et la note de son médecin d'entreprise du 1<sup>er</sup> juillet 2015).
21. Dans un certificat daté du 1<sup>er</sup> décembre 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_, cheffe de Clinique au département de chirurgie des HUG, a attesté d'une totale incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 14 décembre 2014.
22. En date du 5 décembre 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a écrit au Dr B\_\_\_\_\_ que l'assuré présentait une souffrance fémoro-patellaire sur une surcharge mécanique suite à l'activité professionnelle. Il n'existait pas d'indication opératoire et il avait suggéré à l'assuré de faire du vélo et des séances de physiothérapie pour musculation du vaste interne en extension terminale.
23. Par rapport du 20 janvier 2015, la Dresse D\_\_\_\_\_ a confirmé que l'incapacité de travail avait été de 100% jusqu'au 14 décembre 2014 et de 0% dès le 15 décembre 2014.

- 
24. L'assuré a communiqué à l'assurance plusieurs certificats médicaux établis par le Dr B\_\_\_\_\_, lequel a prolongé l'incapacité de travail au-delà du 14 décembre 2014.
  25. Selon un décompte de prestations du 4 février 2015, l'assurance a versé à l'assuré CHF 6'028.- d'indemnités journalières pour son incapacité de travail du 1<sup>er</sup> novembre au 14 décembre 2014 (44 jours à CHF 137.-).
  26. Le 18 juin 2015, l'assuré s'est adressé à la chambre de céans, s'estimant victime d'injustice de la part de la « CSS Assurances ». Il a allégué que cette dernière avait tenté à plusieurs reprises de résilier illicitement son « contrat d'assurance LAA maladie et accident », qu'elle avait refusé de payer plus d'un mois suite à son arrêt accident survenu le 12 mars 2015 (recte 2014), mettant arbitrairement un terme au paiement au 31 mai 2014 sur la base du rapport de la Clinique Corela dont il contestait la valeur probante. Le demandeur a ajouté avoir été en arrêt de travail pour cause maladie (hernie inguinale) du 1<sup>er</sup> novembre 2014 à fin avril 2015, mais avoir reçu des indemnités journalières jusqu'au 15 décembre 2014 uniquement.
  27. Dans sa réponse du 9 juillet 2015, la défenderesse a conclu principalement à l'irrecevabilité de la demande, motifs pris que la « CSS Assurance » n'était pas une entité juridique et n'avait donc pas la qualité de partie, et que la demande ne contenait pas de conclusions. Subsidiairement, elle a conclu au rejet de la demande.
  28. Le 21 juillet 2015, la chambre de céans a invité le demandeur à préciser s'il contestait ou non la résiliation de son contrat au 31 décembre 2014, à se déterminer sur les conclusions de la défenderesse et à produire plusieurs documents.
  29. Par écriture du 28 juillet 2015, le demandeur a répondu se plaindre « contre la CSS assurance perte de gains Accident et Maladie ». Il a communiqué les conditions particulières et la police d'assurance, mais déclaré ne pas être en possession des avenants et des nouvelles polices suite « à la résiliation abusive de la CSS de mon assurance accident et maladie en juin 2014 ». Il a ajouté contester « surtout leur manière d'avoir essayé de résilier mon assurance » pour ne pas respecter ses obligations et lui verser les indemnités.
  30. En date du 24 août 2015, la défenderesse a maintenu le moyen préjudiciel concernant la description de l'objet du litige, l'indication de la valeur litigieuse et la capacité de partie. Sur le fond, elle a invoqué avoir valablement résilié le contrat du demandeur pour le 31 décembre 2014, ajoutant que ce dernier avait fait valoir plusieurs incapacités de travail entre 2012 et 2014, pour causes de maladie et d'accident, qu'elle lui avait versé le montant total de CHF 50'790.- et qu'elle avait entamé des investigations concernant une éventuelle réticence.

Elle a notamment joint les documents suivants :

- un récapitulatif du 30 juin 2015 concernant les indemnités journalières versées, à hauteur de CHF 50'790.-, pour les incapacités de travail suivantes:
  - 100% du 29 octobre 2012 au 24 février 2013 ;

- 50% du 25 février au 30 avril 2013 ;
  - 100% du 17 juillet au 31 décembre 2013 ;
  - 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 11 mars 2014 ;
  - 100% du 1<sup>er</sup> avril au 31 mai 2014 ;
  - 100% du 1<sup>er</sup> novembre au 14 décembre 2014.
- Un certificat du 7 avril 2015 de la Dresse D\_\_\_\_\_ mentionnant que le demandeur n'avait pas été suivi par les HUG après l'intervention de décembre 2014 et que « la date de la reprise du travail et de son pourcentage est à voir rétrospectivement avec son médecin traitant ».
- Un rapport du 7 avril 2015 de la Dresse D\_\_\_\_\_ indiquant que les premiers symptômes étaient apparus en 2001. Concernant le pronostic, elle a noté « Reprise de travail selon intensité de son travail entre 2 semaines et 8 semaines ».
- Une note du 1<sup>er</sup> juillet 2015 de son médecin d'entreprise, la doctoresse F\_\_\_\_\_, de laquelle il ressort que la Dresse D\_\_\_\_\_ avait mentionné une reprise du travail à compter du 15 décembre 2014, mais qu'il est « toutefois médicalement justifié de reconnaître une incapacité de travail à 100% de 6 à 8 semaines suivant une opération de hernie, en fonction de la pénibilité de l'activité professionnelle ».
- Un rapport du 16 août 2015 de la Dresse D\_\_\_\_\_ rappelant qu'elle avait attesté d'une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 14 décembre 2014 et que la prolongation de l'arrêt de travail avait été signée par le médecin traitant. Les premiers symptômes étaient survenus en 2011.
31. Le 27 août 2015, le demandeur a derechef soutenu que la défenderesse avait « essayé de manière abusive de résilier mon contrat d'assurance » pour se soustraire à ses obligations, soit le versement des indemnités « jusqu'au 3 août 2015 » (première page), respectivement « jusqu'à fin août 2015 » (deuxième page).
32. Le 6 septembre 2015, il a informé la chambre de céans avoir reçu une demande de la défenderesse l'invitant à signer une procuration leur donnant « droit d'enquêter auprès des médecins » concernant son cas, et soutenu que les démarches entreprises jusqu'ici l'avaient été sans sa procuration et donc de façon illégale.
33. Dans sa détermination du 18 septembre 2015, la défenderesse a persisté dans ses conclusions, relevant que les dernières écritures du demandeur ne permettaient à nouveau pas de comprendre ses conclusions, la description de l'objet du litige et l'indication de la valeur litigieuse. Concernant la procuration, elle a relevé ne pas avoir besoin d'autre autorisation que celle déjà accordée par le demandeur. Elle a en outre exposé avoir fait valoir une réticence le 15 septembre 2015, compte tenu des indications de la Dresse D\_\_\_\_\_, et sollicité le remboursement de CHF 24'934.-.

---

Elle a joint copie de son courrier du 15 septembre 2015, ainsi que d'un questionnaire rempli par le Dr B\_\_\_\_\_ en septembre 2015 relatif à l'anamnèse des sept dernières années.

34. La chambre de céans a procédé à l'audition des parties le 26 octobre 2015.

À cette occasion, la représentante de la défenderesse a renoncé à se prévaloir d'un défaut de qualité pour défendre, mais a persisté à conclure à l'irrecevabilité de la demande car les conclusions initiales n'étaient pas chiffrées et ne permettaient pas de circonscrire l'objet exact du litige. Sur le fond, la défenderesse souhaitait pouvoir répondre une fois connues les conclusions chiffrées et précises du demandeur et se réservait le droit de prendre des conclusions reconventionnelles à hauteur de CHF 24'934.- en raison de la réticence.

Le demandeur quant à lui a exposé que suite à son accident du 12 mars 2014, la défenderesse avait observé le délai de carence de trente jours puis payé des indemnités jusqu'au 31 mai 2014. Selon lui, elle aurait dû lui verser CHF 16'000.- de plus. Il s'agissait du montant de ses conclusions sur ce point-là. Concernant la maladie, soit la hernie inguinale bilatérale, il réclamait des indemnités journalières de décembre 2014 au 14 avril 2015.

Après avoir suggéré au demandeur de consulter un mandataire qualifié pour être renseigné sur ses droits, la chambre de céans lui a imparti un délai pour prendre des conclusions chiffrées et joindre toutes les pièces utiles.

35. En date du 6 novembre 2015, le demandeur a contesté avoir commis une réticence et nié toute valeur probante au rapport de la Clinique Corela, lequel était focalisé sur un seul de ses cinq problèmes au genou. Il a conclu à ce que la défenderesse soit condamnée à lui payer, à titre d'indemnités journalières perte de gain, les sommes suivantes :

- CHF 4'110.- plus intérêt à 5% du 30 juin 2014 correspondant à 30 jours d'arrêt de travail pour accident en juin 2014 ;
- CHF 4'247.- plus intérêt à 5% du 31 juillet 2014 correspondant à 31 jours d'arrêt de travail pour accident en juillet 2014 ;
- CHF 4'247.- plus intérêt à 5% du 31 août 2014 correspondant à 31 jours d'arrêt de travail pour accident en août 2014 ;
- CHF 2'055.- plus intérêt à 5% du 30 septembre 2014 correspondant à 30 jours d'arrêt de travail à 50% pour accident en septembre 2014 ;
- CHF 2'123.50 plus intérêt à 5% du 31 octobre 2014 correspondant à 30 jours (recte 31 jours) d'arrêt de travail à 50% pour accident en octobre 2014 ;
- CHF 2'192.- plus intérêt à 5% du 31 décembre 2014 correspondant à 16 jours d'arrêt de travail pour maladie en décembre 2014 ;
- CHF 4'247.- plus intérêt à 5% du 31 janvier 2015 correspondant à 31 jours d'arrêt de travail pour maladie en janvier 2015;

- CHF 3'836.- plus intérêt à 5% du 28 février 2015 correspondant à 28 jours d'arrêt de travail pour maladie en février 2015;
- CHF 4'247.- plus intérêt à 5% du 31 mars 2015 correspondant à 31 jours d'arrêt de travail pour maladie en mars 2015;
- CHF 2'055.- plus intérêt à 5% du 15 avril 2015 correspondant à 15 jours d'arrêt de travail pour maladie en avril 2015;
- CHF 1'027.50 plus intérêt à 5% du 30 avril 2015 correspondant à 15 jours d'arrêt de travail à 50% pour maladie en avril 2015;
- CHF 2'123.50 plus intérêt à 5% du 31 mai 2015 correspondant à 31 jours d'arrêt de travail à 50% pour maladie en mai 2015.

À l'appui de son écriture, il a produit plusieurs documents antérieurs à son opération de décembre 2014, ainsi qu'une lettre de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2015 mentionnant que les premiers symptômes de la hernie étaient apparus au début de l'année 2013 et non en 2011 ou 2001 comme précédemment indiqué.

36. Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, la défenderesse a persisté. Quant au fond, elle a relevé que le demandeur n'avait pas précisé les atteintes à la santé ayant engendré les incapacités de travail dont il se prévalait, mais qu'il semblait se référer, d'une part, à son accident du 12 mars 2014 et, d'autre part, à sa hernie inguinale opérée le 1<sup>er</sup> décembre 2014. S'agissant du premier événement, la défenderesse aurait pu se prévaloir d'une prétention frauduleuse, le demandeur ayant soutenu qu'il était en incapacité de travail pour cause de dépression au moment du sinistre. Cela étant, les rapports médicaux attestaient d'une totale capacité de travail, sans diminution de rendement, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014. Concernant la hernie, après avoir refusé les traitements proposés par les médecins, le demandeur avait finalement été opéré le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et les HUG avaient mentionné une incapacité de travail jusqu'au 14 décembre 2014. En outre, conformément à ses conditions générales, elle avait résilié le contrat d'assurance pour le 31 décembre 2014, date à laquelle la couverture d'assurance avait pris fin.
37. En date du 2 février 2016, le demandeur a persisté et précisé que le litige portait sur les suites de l'accident du 12 mars 2014 et de l'arrêt maladie du 1<sup>er</sup> novembre 2014. Il a notamment contesté que les pièces médicales attestaient d'une reprise d'activité au 15 décembre 2014.
38. Par écriture du 19 février 2016, la défenderesse a reproché au demandeur de ne pas avoir collaboré à l'instruction de la cause, soutenant qu'il avait maintenu des prétentions floues jusqu'à son écriture du 6 novembre 2015. L'indemnité journalière s'élevait à CHF 137.- par jour avec un délai d'attente de 30 jours. Le demandeur avait reçu CHF 6'028.- pour une incapacité de travail attestée du 1<sup>er</sup> novembre au 14 décembre 2014 et il n'existait aucun certificat médical pour la période du 15 au 31 décembre 2014.

39. Copie de cette écriture a été communiquée au demandeur le 24 février 2016 et la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 116 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, le Tribunal administratif de première instance connaît en première instance des litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Selon l'art. 134 al. 2 LOJ, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA.

D'après l'art. 63 al. 1 du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 272), si l'acte introductif d'instance retiré ou déclaré irrecevable pour cause d'incompétence est réintroduit dans le mois qui suit le retrait ou la déclaration d'irrecevabilité devant le tribunal ou l'autorité de conciliation compétent, l'instance est réputée introduite à la date du premier dépôt de l'acte.

Le tribunal qui décline sa compétence à raison du lieu ou de la matière ne peut déléguer sa compétence et charger le juge compétent de statuer. La transmission d'office, bien qu'elle corresponde à la tendance moderne et qu'elle vaille devant les autorités de recours, n'a pas été voulue en première instance, compte tenu des charges supplémentaires qui en découleraient apparemment pour les tribunaux. Il n'y a pas de lacune du Code sur ce point mais un silence qualifié du législateur (François BOHNET, Code de procédure civile commenté, 2011, n° 28 et 29 ad art. 63, p. 207ss, et les références). Ce principe a été confirmé dans une jurisprudence très récente: la loi part du principe qu'il incombe au demandeur de déposer sa demande devant le tribunal compétent et selon le type de procédure prescrit, et qu'un vice à cet égard a pour conséquence l'irrecevabilité de la demande. La transmission d'office n'est en revanche pas prévue, à dessein, dès lors que le législateur a voulu éviter le surcroît de travail qui en résulterait pour les tribunaux (TF 4A\_332/2015 du 10.2.2016 c. 4.2). En déclarant la demande irrecevable, le juge laisse au demandeur le choix de réintroduire ou non sa demande selon la procédure prescrite et devant le juge compétent, en pouvant bénéficier de la litispendance déjà introduite, pourvu qu'il respecte les conditions – notamment le délai - de l'art. 63 CPC.

- b. En l'occurrence, force est donc de constater que les conclusions du demandeur tendant au versement d'indemnités journalières du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2014 reposent sur un contrat d'assurance complémentaire à la LAA, ce que la défenderesse ne conteste au demeurant pas.

En effet, le demandeur a clairement indiqué que le litige portait sur « l'arrêt accident du 12 mars 2014 » (écriture du 2 février 2016), accident au cours duquel il s'est blessé au genou droit. Il reproche à la défenderesse d'avoir considéré que l'incapacité de travail liée à ce sinistre avait pris fin le 31 mai 2014 et d'avoir ainsi mis un terme aux indemnités octroyées suite à cet événement (cf. demande du 18 juin 2015, audition le 26 octobre 2015). Il soutient que ses problèmes de genou ont empêché une reprise d'activité au 1<sup>er</sup> juin 2014 (écriture du 6 novembre 2015).

La chambre de céans observera encore que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure permettent de confirmer qu'une éventuelle incapacité de travail durant cette période relèverait du contrat d'assurance complémentaire à la LAA. En effet, il ressort du rapport d'expertise Dr C\_\_\_\_ que le demandeur présente plusieurs atteintes au genou droit, soit une chondropathie rotulienne, une dégénérescence mucoïde du ménisque interne, une tendinopathie rotulienne, un kyste synovial plurilobé et une contusion de la face postéro-interne et de la face antérieure du genou droit. L'expert a conclu que les trois premières pathologies n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail du demandeur et que seuls le kyste et la contusion du genou droit avaient de telles répercussions. Toutefois, ces deux atteintes ont été considérés comme résultant de l'accident de mars 2014, étant notamment rappelé que l'expert a indiqué qu'une intervention chirurgicale du kyste serait à mettre « sur le compte des conséquences de l'évènement du 12 mars 2014 » (rapport du 24 septembre 2014). L'appréciation du Dr E\_\_\_\_, lequel fait état d'un diagnostic imprécis (souffrance fémoro-patellaire sur une surcharge mécanique suite à l'activité professionnelle) et ne se prononce ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail (rapport du 5 décembre 2014), ne contient aucun élément de nature à réfuter le lien entre l'incapacité de travail due aux problèmes de genou et l'assurance complémentaire à la LAA.

Compte tenu du fait que les conclusions du demandeur en ce qui concerne sa perte de gain pour la période courant du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2014 reposent sur un contrat d'assurance complémentaire à la LAA, il aurait dû saisir le Tribunal administratif de première instance.

Partant, la chambre de céans ne peut que décliner sa compétence pour statuer sur les conclusions du demandeur tendant au paiement d'indemnités journalières en lien avec l'accident du 12 mars 2014. La demande est donc irrecevable en ce qui concerne la perte de gain pour la période courant du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2014. Il incombera donc au demandeur de saisir le Tribunal administratif de première instance, lequel rendra une décision susceptible de recours par devant la chambre de céans.

2. a. En vertu de l'art. 7 CPC et de l'art. 134 al. 1 let. c LOJ, 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]).

Dans le domaine de l'assurance couvrant le risque de perte de gain en cas de maladie, les parties peuvent librement choisir, soit de conclure une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal, soit de conclure une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_373/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.1).

En l'espèce, les parties ont conclu une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident pour petites entreprises. Selon l'art. 2 chiffre 2.2 des conditions générales d'assurance édition mai 2007 (ci-après CGA), convenues entre les parties comme étant applicables au contrat, la LCA est applicable. Il s'agit donc d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale relevant du droit privé (art. 12 al. 2 et 3 LAMal; ATF 133 III 439 consid. 2.1).

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie en ce qui concerne le droit du demandeur à des indemnités journalières en raison d'une maladie.

b. 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 CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'espèce, l'art. 23 CGA prévoit qu'en cas de litige, le preneur d'assurance ou la personne assurée peut intenter une action contre l'assurance à Lucerne, à son domicile en Suisse ou sur son lieu de travail en Suisse.

Compte tenu du domicile du demandeur, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est également donnée à raison du lieu.

c. 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).

d. 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.

Partant, la demande du 18 juin 2015 par laquelle le demandeur sollicite le paiement d'indemnités journalières en lien avec son opération du 1<sup>er</sup> décembre 2014 a été déposée dans le délai de deux ans susmentionné.

---

e. Selon l'art 243 al. 2 let. f CPC, la procédure simplifiée régit notamment les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal. À teneur de l'art. 244 CPC, la demande simplifiée doit notamment contenir les conclusions et la description de l'objet du litige (al. 1 let. b et c), mais pas nécessairement une motivation (al. 2). Est visée aussi bien la motivation juridique que factuelle. Le justiciable est donc dispensé de présenter dans la demande simplifiée des allégations de fait assorties d'offres de preuve. La phase des allégations peut se dérouler oralement, c'est-à-dire à l'audience, cas échéant avec l'aide du juge. Le devoir d'interpellation du juge dépend des circonstances concrètes, notamment de la difficulté de la cause, du niveau de formation des parties et de leur représentation éventuelle par un mandataire professionnel. Ce devoir concerne avant tout les personnes non assistées et dépourvues de connaissances juridiques, tandis qu'il a une portée restreinte vis-à-vis des parties représentées par un avocat: dans ce dernier cas, le juge doit faire preuve de retenue. Le devoir d'interpellation du juge ne doit pas servir à réparer des négligences procédurales. Les manquements d'une personne qui procède seule peuvent être le fruit de son ignorance juridique, et pas nécessairement de sa négligence (arrêt du Tribunal fédéral 4D\_57/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2 et les références).

Le Tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'art. 243 al. 2 CPC (art. 247 al. 2 let. 1 CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (art. 55 al. 2 CPC).

En l'occurrence, les premières écritures du demandeur ne permettaient pas de déterminer avec certitude l'objet du litige et toutes ses conclusions. Cependant, suite à l'interpellation du juge, le demandeur a exposé, lors de l'audience du 26 octobre 2015, qu'il réclamait des prestations en lien, d'une part, avec son accident du 12 mars 2014 et, d'autre part, avec son arrêt de travail consécutif à son opération de la hernie inguinale du 1<sup>er</sup> décembre 2014. Dans son écriture du 6 novembre 2015, il a précisé chiffré sa demande et il en ressort qu'il requiert, s'agissant de la perte de gain liée à la maladie, le paiement d'indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2015, et non plus jusqu'au 14 avril 2015 comme indiqué lors de l'audience, ni jusqu'au mois d'août 2015 comme mentionné dans son écriture du 27 août 2015. Implicitement, il conteste donc la validité de la résiliation de son contrat d'assurance au 31 décembre 2014. Ainsi, les conclusions et la détermination de l'objet du litige sont clairement définies.

Partant, la demande doit être déclarée recevable, sans quoi la chambre de céans ferait preuve de formalisme excessif à l'endroit du demandeur qui n'est pas assisté.

3. Le présent litige porte sur la validité de la résiliation du contrat d'assurance au 31 décembre 2014, ainsi que sur le droit du demandeur à des indemnités journalières pour cause de maladie correspondant à une incapacité de travail de 100% du 15 décembre 2014 au 15 avril 2015 et de 50% du 16 avril au 31 mai 2015.

C'est le lieu de relever que la défenderesse n'a pas pris de conclusions reconventionnelles.

4. Il convient donc d'examiner en premier lieu si le contrat a effectivement pris fin le 31 décembre 2014, comme le soutient la défenderesse.
5. a. Selon l'art. 12 LCA, si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée (al. 1). Cette règle doit être insérée textuellement dans chaque police (al. 2).  
b. L'art. 6.2 CGA prévoit que le contrat d'assurance est conclu pour la durée indiquée dans la police. À l'expiration de la durée du contrat, ce dernier est systématiquement reconduit tacitement d'un an en l'absence de résiliation par l'une des parties contractantes moyennant un délai de préavis minimal de trois mois avant la date d'expiration. La résiliation doit avoir été notifiée par écrit au partenaire contractuel au plus tard trois mois avant l'expiration du contrat. L'année d'assurance correspond à l'année civile.

Selon l'art. 6.3 CGA, le contrat prend notamment fin avec la résiliation.

En vertu de l'art. 6.5 CGA, après chaque cas de prestations soumis à indemnisation, l'assurance a le droit de résilier le contrat par écrit, lors du paiement de la dernière indemnisation partielle au plus tard. Dans ce cas, la couverture d'assurance s'éteint 14 jours après réception de la notification par le preneur d'assurance.

6. En l'espèce, les parties ont conclu une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident dont la durée prévue s'étendait du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014 (police n°10-010-602-593). En signant ce contrat, le demandeur a notamment libéré ses médecins et autres fournisseurs de soin de « leur obligation de confidentialité et de leur secret professionnel par rapport » à la défenderesse.

Cette dernière a adressé une première résiliation au demandeur, fondée sur l'art. 6.5 CGA (courrier du 13 juin 2014). Considérant que ladite résiliation était erronée, elle lui a alors notifié une seconde résiliation pour le 31 décembre 2014 basée sur l'art. 6.2 CGA (courrier recommandé du 30 juin 2014). Elle lui a en outre communiqué la nouvelle police d'assurance (police n°10-011-187-980), laquelle indique que l'assurance est valable du 29 juin au 31 décembre 2014, ainsi que les conditions particulières qui reprennent l'art. 12 LCA et précisent que la teneur de la police et des avenants est considérée comme acceptée si le preneur d'assurance n'en demande pas la rectification dans les quatre semaines.

La missive du 30 juin 2014 respecte largement le délai minimal de trois mois avant la date d'expiration du contrat et en empêche ainsi sa reconduction tacite. La couverture d'assurance a donc pris fin, comme prévu initialement, le 31 décembre 2014. Au demeurant, il est observé que le demandeur n'a pas contesté la teneur de la seconde police qui mentionnait expressément ce terme.

Dans ces conditions, force est de conclure que le contrat d'assurance d'indemnités journalières est arrivé à échéance le 31 décembre 2014.

7. Reste à examiner si le demandeur a droit à des indemnités journalières pour la période courant du 15 au 31 décembre 2014.

Il ressort des pièces produites dans le cadre de la présente procédure que le Dr B\_\_\_\_\_ a certifié d'une incapacité totale de travail du 14 décembre 2014 au 14 janvier 2015 (certificat médical du 9 décembre 2014). Rien ne permet de douter du bien fondé de cet arrêt de travail.

En effet, contrairement à ce que soutient la défenderesse, la Dresse D\_\_\_\_\_ n'a pas exclu toute prolongation de l'incapacité de travail au-delà du 14 décembre 2014. Au contraire, elle a indiqué que la reprise du travail dépendait de l'intensité de l'activité professionnelle et intervenait entre deux et huit semaines après l'intervention (rapport du 7 avril 2015). Elle a relevé qu'elle n'avait plus revu le demandeur après sa sortie des HUG et que les arrêts de travail subséquents avaient été signés par le médecin traitant (rapport du 16 août 2015).

De surcroît, la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin d'entreprise de la défenderesse, a estimé qu'il est « médicalement justifié de reconnaître une incapacité de travail à 100% de 6 à 8 semaines suivant une opération de hernie, en fonction de la pénibilité de l'activité professionnelle » (note du 1<sup>er</sup> juillet 2015).

En conclusion, la chambre de céans considère que la défenderesse ne pouvait pas mettre fin au versement des indemnités journalières au 14 décembre 2014 sur la base des seuls rapports de la Dresse D\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> décembre 2014 et 20 janvier 2015, omettant ainsi de tenir compte des certificats de travail communiqués par le demandeur pour la période subséquente.

Partant, le demandeur a droit au versement des indemnités journalières relatives à son incapacité totale de travail jusqu'au 31 décembre 2014.

8. Il n'est pas contesté que l'indemnité journalière due au demandeur correspond à un montant de CHF 137.-, pour une incapacité de travail totale.

Il y a lieu de noter que le demandeur réclame CHF 2'192.- pour le mois de décembre 2014 (CHF 137.- x 16 jours), alors que la défenderesse a interrompu le versement au 14 décembre 2014, de sorte qu'il restait encore 17 jours en décembre.

L'art. 58 CPC prévoit que 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. Cependant, lorsque la demande tend à l'allocation de divers postes de dommage reposant sur la même cause, le tribunal n'est lié que par le montant total réclamé, si bien qu'il peut allouer davantage pour un des éléments du dommage et moins pour un autre sans violer le principe *ne ultra petita partium* (ATF 123 III 115 consid. 6 ; ATF 119 II 396 consid. 2 et les références).

Dans la mesure où le montant alloué au demandeur reste inférieur à la somme totale de ses conclusions, la chambre de céans peut ainsi octroyer les indemnités journalières pour 17 jours (du 15 au 31 décembre 2014), soit un montant de CHF 2'329.-.

9. Enfin, le demandeur conclut au versement d'un intérêt moratoire de 5% dès le 31 décembre 2014.

La LCA ne contient 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. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). 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). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THEVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 17 ad art. 102). A défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1).

10. En l'espèce, à défaut d'une interpellation, il y a lieu de relever que la demande en paiement a été transmise à la défenderesse le 19 juin 2015, de sorte que l'on peut admettre que cette dernière l'a reçue le lendemain. Même si cette écriture ne contient pas de conclusions chiffrées, il en ressort clairement que le demandeur réclame, notamment, le paiement d'indemnités journalières au-delà du 14 décembre 2014, puisqu'il reproche à la défenderesse d'avoir mis un terme à ces prestations alors que son arrêt maladie avait « duré du 1<sup>er</sup> décembre jusqu'à fin avril 2015 ».

Les intérêts moratoires, de 5%, courent ainsi dès le 20 juin 2015 et non dès le 31 décembre 2014 comme l'a conclu le demandeur.

11. Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise. La défenderesse sera condamnée à verser au demandeur des indemnités journalières du 15 au 31 décembre 2014, soit CHF 2'329.- (CHF 137 x 17 jours), avec un intérêt moratoire de 5% à compter du 20 juin 2015.
12. Bien qu'obtenant partiellement gain de cause, le demandeur n'a pas droit à l'octroi de dépens, en l'absence de conclusion allant dans ce sens (art. 105 CPC; ATF 139 III 334 consid. 4.3).
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).



**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande irrecevable en ce qui concerne le versement d'indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail pour cause d'accident (du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2014).
2. Déclare la demande recevable en ce qui concerne le versement d'indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie (du 15 décembre 2014 au 31 mai 2015).

**Au fond :**

3. Admet partiellement la demande relative au versement d'indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie.
4. Condamne la défenderesse à payer au demandeur le montant de CHF 2'329.-, avec un intérêt moratoire de 5% à compter du 20 juin 2015.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le