

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2523/2024

ATAS/923/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 novembre 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1983, conseillère en communication indépendante, est assurée à ce titre dans le cadre d'une assurance-maladie individuelle en cas d'incapacité de travail après de la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
- b.** L'assurée a présenté une incapacité de travail totale dès le 2 mai 2024, attestée par la docteure B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et l'adolescent, médecin associée unité d'oncohématologie pédiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le docteur C_____, médecin généraliste à Thonon-Les-Bains en France et dès le 19 juin 2024 par la docteure D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
- c.** L'assurance a versé des indemnités journalières du 1^{er} juin au 9 juillet 2024.
- B.** **a.** Le 1^{er} août 2024, l'assurée a déposé par-devant la chambre de céans une demande en paiement à l'encontre de l'assurance. Elle était totalement incapable de travailler, ce qu'avaient attesté trois médecins et s'en remettait à la chambre de céans.
- b.** Le 15 août 2024, l'assurance a conclu au rejet de la demande, en relevant que son médecin-conseil avait nié toute limitation fonctionnelle.
- c.** Le 13 septembre 2024, l'assurée a répliqué, en soulignant que ses médecins avaient attesté d'une incapacité de travail totale due à son état psychologique. Elle a demandé que l'indemnisation prévue par son contrat soit rétablie, depuis le 2 mai 2024. Elle a joint un rapport de la Dre D_____ du 12 septembre 2024.
- d.** Le 31 octobre 2024, l'assurance a indiqué que son médecin-conseil confirmait sa position après avoir pris connaissance des pièces médicales du dossier. Cependant, afin de confirmer la position du médecin-conseil, elle avait décidé de mandater le docteur E_____ pour effectuer une expertise de l'assurée.

EN DROIT

1.

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

1.2 En l'occurrence, la demanderesse a conclu avec la défenderesse une assurance maladie individuelle en cas d'incapacité de travail soumise à la LCA. La compétence de la chambre de céans, à raison de la matière et à raison du lieu (art. 18 et 31 CPC), pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à des indemnités journalières de la part de la défenderesse depuis le 2 mai 2024.

3.

3.1 Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

3.2 Selon l'art. 244 al. 1 CPC, la demande peut être déposée dans les formes prescrites à l'art. 130 ou dictée au procès-verbal au tribunal. Elle contient la désignation des parties (let. a), les conclusions (let. b), la description de l'objet du litige (let. c), si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d), la date et la signature (let. d).

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

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).

3.4 En vertu de l'art. 59 al. 1 CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes et les requêtes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action.

L'art. 60 CPC précise que le tribunal examine d'office si les conditions de recevabilité sont remplies.

4.

4.1 L'art. 84 al. 2 CPC prévoit que l'action tendant au paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée. Il s'agit d'une condition de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1).

Si d'après les conclusions présentées, le Tribunal fédéral se trouvait requis de fixer lui-même le montant réclamé, le recours était irrecevable (ATF 134 III 325 consid 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2).

Le chef de conclusion tendant à condamner la défenderesse à exécuter les prestations découlant du contrat d'assurance est en réalité une conclusion en paiement, dès lors qu'une exécution en nature n'est pas envisageable (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.1).

4.2 L'art. 85 CPC prévoit que si le demandeur est dans l'impossibilité d'articuler d'entrée de cause le montant de sa prétention ou si cette indication ne peut être exigée d'emblée, il peut intenter une action non chiffrée. Il doit cependant indiquer une valeur minimale comme valeur litigieuse provisoire.

Il incombe toutefois au demandeur qui formule une conclusion en paiement non chiffrée de démontrer dans quelle mesure il n'est pas possible, ou du moins pas exigible d'indiquer d'entrée de cause le montant de sa prétention (ATF 140 III 409 consid. 4.3.1 et 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2).

Ni le devoir d'interpellation, ni la maxime inquisitoire sociale applicable à la procédure (art. 247 al. 2 let. a CPC en lien avec l'art. 243 al. 2 let. f CPC), selon laquelle le juge établit les faits d'office, ne s'opposent à ce qu'une demande soit déclarée irrecevable en raison d'une motivation insuffisante ou de conclusions mal formulées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.3.1 et 4.3.2).

4.3 Dans un arrêt du 27 juillet 2017, le Tribunal fédéral a considéré que les conclusions d'un assuré tendant à ce que l'assureur fut condamné à lui verser rétroactivement et de manière continue toutes les indemnités journalières (« *rückwirkend ab [] und fortdauernd das ganze Krankentaggeld auszurichten* ») ne remplissaient pas les conditions d'une action en paiement non chiffrée au sens de l'art. 85 al. 1 CPC. Après avoir rappelé que l'action tendant au paiement d'une somme d'argent devait être chiffrée (art. 84 al. 2 CPC), ce qui n'était pas le cas dans l'espèce à juger, il a laissé indécis le point de savoir si la juridiction cantonale aurait dû entrer en matière sur le chef de conclusion précité (arrêt du Tribunal fédéral 4A_110/2017 du 27 juillet 2017 consid. 1.3).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que la juridiction cantonale pouvait, sans violer le droit, déclarer irrecevable le chef de conclusion « visant le paiement des prestations découlant du contrat d'assurance », dès lors qu'on ne

discernait pas en quoi le calcul des indemnités journalières dues à l'assurée, déduction faite de celles qui lui avaient déjà été versées, apparaissait compliqué au point de confiner à l'impossibilité (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2).

Enfin, dans deux autres affaires relatives à une assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n. 50'123'083 » ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur, dès le 30 août 2004, plus intérêts à 5% dès la même date » (ATF 134 III 235 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2).

5. Au regard de l'art. 56 CPC, le tribunal interpelle les parties lorsque leurs actes ou déclarations sont peu clairs, contradictoires, imprécis ou manifestement incomplets et leur donne l'occasion de les clarifier et de les compléter.

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. Selon la jurisprudence, le devoir d'interpellation du juge ne doit pas servir à réparer des négligences procédurales. Ce point de vue est aussi exprimé dans la doctrine (arrêt du Tribunal fédéral 4D_57/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2 et les références).

- 6.

6.1 En l'occurrence, la demanderesse a pris les conclusions suivantes dans ses écritures : « je me tourne vers vous afin de recevoir un avis clair et relatif à la loi concernant la décision de la Vaudoise Assurance », « je m'en remets à vous, à la loi et je suivrais vos recommandations » et « je demande que l'indemnisation prévue par mon contrat d'assurance soit rétablie, conformément à mes droits et ceci depuis le 2 mai 2024 ».

Au vu de ces conclusions, il appert que la demanderesse réclame à la défenderesse une somme d'argent, de sorte que ses conclusions doivent être chiffrées conformément à l'art. 84 al. 2 CPC, ce que la demanderesse a omis d'effectuer. Elle n'a, en particulier, pas précisé dans sa demande le montant total des indemnités journalières qu'elle sollicitait. Ses conclusions ne sont en conséquence pas recevables.

6.2 La demanderesse n'a pas non plus indiqué, à titre provisoire, une valeur litigieuse minimale, ni même allégué qu'il lui était impossible de chiffrer le montant de sa conclusion condamnatoire d'entrée de cause, de sorte qu'elle ne remplit pas la condition de l'art 85 al. 1 CPC qui lui aurait donné la possibilité d'intenter une action non chiffrée.

6.3 Bien que la demanderesse ne le soulève pas, il est précisé qu'au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée (cf. consid. 7.2 *supra*), ni le devoir d'interpellation (art. 56 CPC) ni la maxime inquisitoire sociale applicable à la procédure n'imposent à la chambre de céans d'attirer son attention sur le caractère irrecevable de sa conclusion.

Il n'incombe pas non plus à la chambre de céans d'accorder un délai à la demanderesse pour chiffrer sa conclusion, tel que prévu par l'art. 132 CPC, dans la mesure où cette disposition ne s'applique pas aux conclusions incomplètes prises dans une demande.

7. Au vu de ce qui précède, la demande ne peut qu'être déclarée irrecevable.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (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).

La chambre de céans attire l'attention de la demanderesse sur le fait qu'elle conserve la possibilité de redéposer une demande en paiement en bonne et due forme, tant que ses prétentions ne sont pas prescrites (art. 46 al. 3 LCA ; art. 59 al. 2 let. e CPC ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 4D_88/2014 du 25 mars 2015 consid. 3).

Il est par ailleurs pris acte de la proposition de la défenderesse de soumettre la demanderesse à une expertise auprès du Dr E_____, expertise qui peut être mise en œuvre par la défenderesse, nonobstant le terme de la présente procédure.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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 30 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). 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

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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