RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2054/2020 **ATAS/412/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 29 avril 2022

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laurence MIZRAHI	demandeur
contre	
ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Mythenquai 2, ZÜRICH, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS	défenderesse

Siégeant : David HOFMANN, Président; Michael RUDERMANN, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. M. A_____ (ci-après : "*le demandeur*" ou "*l'assuré*"), né le _____ 1985, exerçait la profession de peintre en bâtiment.
2. Il disposait d'une autorisation de séjour (B) du 27 octobre 2016 au 20 juillet 2017 en tout cas.
3. Le 12 mars 2018, un contrat de travail pour les métiers du second œuvre a été établi entre M. A_____ et un employeur. La date d'engagement était le 12 mars 2018, l'engagement portait sur une fonction d'aide-peintre, à plein temps (41h en moyenne), avec un salaire horaire de CHF 28.- auquel s'ajoutaient les indemnités CCT et un 13ème salaire. Le nom de l'employeur n'était indiqué qu'avec un timbre humide mentionnant "L_____ *entreprise à Genève*", suivi de numéros de téléphones.

Le contrat d'assurance

4. Le demandeur prétend être assuré, par son employeur, via le Groupement des associations patronales de la construction, auprès de ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : "*ZURICH*" ou "*la défenderesse*" ou "*l'assureur*") dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance indemnité journalière maladie.
5. Le Groupement des associations patronales de la construction-Rôtisserie (ci-après : "*le Groupement patronal*" ou le "*GAP*") dispose d'une "*assurance de personnes*" ZURICH TECTA No 1_____ auprès de la défenderesse.
6. La police d'assurance établie le 16 juin 2017, valable du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020 concerne un contrat-cadre pour le bâtiment dans le canton de Genève.
7. L'assurance prévoit un gain assuré maximum de CHF 200'000.- par personne et par année.
8. Elle prévoit une indemnité journalière (assurance dommages) de 80% du gain du 3ème au 722ème jour.
9. Elle mentionne aussi que "*les termes et conditions du contrat sont celles du document n°9.600/6, signé en date du 10 décembre 2008 et 24 novembre 2008, ainsi que les CGA édition 01*".
10. Selon les conditions du contrat (p. 7), il s'agit d'une "*assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA pour le personnel non soumis à la LAA*".
11. Selon l'art. 1 des conditions du contrat (ci-après : "CGA"), "*sont assurées les personnes mentionnées dans la police, dans la mesure où elles ne sont pas des travailleurs au sens de la LAA. En font notamment partie les travailleurs occupés par le preneur d'assurance qui : [a] ne sont pas soumis à l'assurance accidents obligatoire en Suisse conformément à l'accord entre la Suisse et l'UE sur la libre circulation des personnes ainsi qu'à d'autres conventions d'assurance sociale ; [b] sans avoir travaillé en Suisse ni été soumis à l'obligation d'assurance immédiatement auparavant, voyagent directement vers le lieu d'engagement à l'étranger et pour qui, de ce fait, la couverture selon la LAA n'entre pas en vigueur ; [c] sont envoyés temporairement de Suisse à l'étranger, mais qui ne sont*

plus soumis à la LAA en raison de l'expiration de la durée de continuation de l'assurance".

12. Selon l'art. 2 CGA, le preneur d'assurance – ici le Groupement patronal – tient une liste comportant les indications suivantes : nom et prénom, date de naissance, entrée dans l'assurance, sortie de l'assurance, salaire annuel selon contrat de travail.

13. Selon l'art. 15 CGA, est déterminant pour le calcul des prestations d'assurance le gain obtenu auprès de l'entreprise assurée. Conformément aux dispositions de la LAA, celui-ci est calculé sur la base des réglementations relatives aux indemnités journalières, à l'exception du cas suivant : les allocations familiales ne sont prises en compte qu'au début du mois suivant un délai d'attente de 90 jours, mais au plus tôt dès le versement des indemnités journalières.

14. Selon les art. 18 et 19 CGA, sont assurées à titre d'assurance dommages les prestations suivantes : ZURICH paie le pourcentage convenu du gain assuré pendant la durée d'incapacité de travail prouvée et attestée médicalement, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police.

15. Selon l'art. 21 CGA, les attestations d'incapacité de travail faites à l'avance ne sont reconnues que pour une durée d'un mois au maximum.

16. Selon l'art. 34 CGA, en cas d'incapacité partielle de travail, ZURICH paie une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité. Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés en plein pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente. Il en va de même lorsque les indemnités journalières sont versées en fonction du degré de l'incapacité de gain.

17. Selon l'art. 35 CGA, une incapacité de travail/de gain de moins de 50% ne donne droit à aucune prestation. Pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente, ces jours ne sont pas imputés.

18. Selon l'art. 56 CGA, en cas d'incapacité de travail entière ou partielle présumée plus longue dans sa profession ou son domaine d'activité, la personne assurée est tenue : […] [b] de s'annoncer auprès de l'office AI, au plus tard six mois [après] le début de l'incapacité de travail, pour déposer une demande de prestations. Si elle ne procède pas ou pas à temps à la demande de prestations, malgré l'invitation écrite de ZURICH, les prestations d'indemnités journalières peuvent être réduites du montant de la rente maximale simple de l'AI à partir du 365^{e} jour à compter du début de l'incapacité de travail.

19. Selon l'art. 86 CGA, pour tout litige, l'assuré peut choisir comme for Zurich en tant que siège principal de la défenderesse ou le domicile ou le siège social, en Suisse ou au Liechtenstein, à l'exclusion de tout pays étranger, du preneur de l'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit. Le droit suisse est applicable.

<u>La chute du demandeur</u>

20. Le demandeur allègue avoir chuté, le 4 mai 2018, d'une échelle d'environ 1,20m, avec réception sur le membre supérieur gauche.

21. Il a ensuite reçu des prestations de la SUVA (indemnité journalière de CHF 141.75) du 7 mai 2018 au 21 octobre 2018, à la suite de son accident professionnel.

22. Ces prestations de la SUVA ont pris fin selon décision du 15 octobre 2018. Selon son service médical, l'accident du 4 mai 2018 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que le demandeur présentait au bras gauche. Ils n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident.

23. Du 24 octobre 2018 (soit après un délai d'attente de 2 jours) au 14 juillet 2019, le demandeur a reçu 264 indemnités journalières de CHF 141.70 chacune, soit un total de CHF 37'408.80, de la part de la défenderesse, pour une incapacité de travail de 100%.

24. Le 20 décembre 2018, la SUVA a transmis à la défenderesse copie de sa décision du 15 octobre 2018.

25. Le 31 janvier 2019, la défenderesse a informé le demandeur qu'elle traitait son incapacité de travail liée à la maladie dès le 21 octobre 2018. Elle lui demandait de signer une autorisation de levée du secret médical ; ce formulaire portait comme référence le no 14.462.348 et mentionnait le Groupement patronal comme preneur d'assurance.

26. A une date indéterminée, mais postérieure au 15 février 2019, le demandeur a écrit à la défenderesse qu'il ne comprenait pas pourquoi les indemnités journalières n'étaient plus versées après le 31 décembre 2018. Il annonçait transmettre un certificat médical (ne figurant pas dans la procédure).

27. Le 28 mai 2019, à la demande du médecin conseil de l'assureur, le Dr B_____, FMH Rhumatologie et Médecine interne, a rédigé un rapport médical.

    Il s'agissait d'un peintre de 34 ans qui, le 4 mai 2018, avait été victime d'une chute d'une échelle d'un mètre vingt avec réception sur le membre supérieur gauche et qui avait développé à la suite de cet événement des cervico-dorso-brachialgies gauches. Les symptômes perduraient malgré la physiothérapie et la prise de médicaments antalgiques. Un ultrason para-cervical, scapulaire et de l'épaule gauche avait été réalisé le 18 septembre 2018, vérifiant un aspect possible de tendinite du rhomboïde. Une IRM cervicale réalisée le 19 septembre 2018 avait été considérée comme normale. Une IRM de l'épaule gauche avait été réalisée le 3 octobre 2018, vérifiant un épaississement capsulaire et œdème autour de l'articulation acromio-claviculaire avec minime épanchement évoquant une minime entorse sans signe de luxation dans un contexte traumatique.

    Tandis que le cas initialement pris en charge par la SUVA avait été versé à l'assurance maladie avec des dates discordantes ressortant le 30 septembre 2018 ou le 22 octobre 2018 en fonction de certains documents accompagnant le dossier d'expertise, les symptômes restaient similaires et un scanner thoracique natif avait été réalisé le 14 janvier 2019, considéré comme normal au niveau médiastinal, pulmonaire et osseux.

    L'examen clinique restait essentiellement marqué d'une altération douloureuse de la mobilité cervicale et de l'épaule gauche, status toutefois difficile d'appréciation, principalement marqué de signes de surcharges fonctionnelles alliant mouvements de contres pulsions et d'oppositions actives et des amplitudes variables en fonction de son degré d'attention. Il n'y avait pas d'altération significative de la mobilité tronculaire, des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y avait pas d'arthrite ni de synovite. On retrouvait des douleurs palpatoires para-cervicales gauches se prolongeant au muscle trapèze, angulaire de l'omoplate et aux rhomboïdes du même côté, de même que des douleurs para-dorsales gauches se prolongeant en région para-thoracique du même côté. Il n'y avait pas de syndrome irritatif ni trouble neuro-déficitaire des membres.
    Ni les examens radiologiques ni le status ne permettaient d'expliquer la globalité des douleurs alléguées par l'assuré, leur intensité, leur localisation et leur

retentissement sur son fonctionnement. Le médecin n'avait pas d'explication organique quant aux douleurs présentées par l'assuré qui s'inscrivaient dans un examen clinique marqué de signes de surcharges fonctionnelles témoignant d'un syndrome douloureux chronifié qui dépassait le domaine de compétence du médecin somaticien.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré dans une activité professionnelle de peintre était de 80%, y intégrant une certaine diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps et la prise éventuelle de pauses supplémentaires, symptomatologie intéressant la nuque comme le membre supérieur gauche chez un assuré droitier.

Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charge au-delà de 10kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière régulière, les mouvements répétitifs et de forces impliquant le membre supérieur gauche au-delà de l'horizontale, les mouvements brusques et répétitifs impliquant avec la nuque, la capacité de travail de l'assuré était entière.

Du point de vue thérapeutique, le médecin n'avait pas de mesure magistrale à proposer au-delà de la prise de médicaments antalgiques à la demande en évitant autant soit peu les antalgiques centraux non dénués d'effets secondaires sur la vigilance. L'assuré devrait poursuivre une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et l'enraidissement articulaire, maintenir une certaine souplesse comme son endurance.

28. Le 20 juin 2019, le Docteur C_____, FMH Spécialiste en radiologie, a procédé à une IRM de l'épaule gauche.

    Sur le plan tendineux, il n'y avait pas de rupture du tendon sus-épineux, sous-épineux ou du sous-scapulaire. Le tendon bicipital était en place, de calibre normal. Il y avait un petit épanchement de la gaine tendineuse antérieure, mais pas de luxation du tendon long chef du biceps.

    Sur le plan articulaire et cartilagineux, le labrum supérieur et inférieur avait un signe normal. Il n'y avait pas d'épanchement articulaire, ni d'atteinte de la bourse sous acromiale. Il y avait un discret épaississement capsulo-synovial du récessus axillaire, présentant un hypersignal de ce récessus ; un minime épaississement du ligament coraco-huméral avec une oblitération partielle du triangle graisseur sous-coracoïdien.

    Sur le plan osseux et musculaire, la morphologie et le signal osseux étaient normaux. Il n'y avait ni fracture, ni d'arrachement osseux. Il n'y avait pas d'œdème osseux intra-spongieux. Il y avait une altération partielle des fibres musculaires du muscle sous scapulaire sans signe de déchirure. Il n'y avait pas d'atrophie musculaire.
    Il a conclu à des signes évoquant un début d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche et une altération de signal partielle des fibres musculaires du muscle sous scapulaire sans signe de déchirure.

29. Le 8 juillet 2019, la défenderesse a informé le demandeur qu'elle mettrait fin à ses prestations le 14 juillet 2019. En effet, le Dr B_____ estimait que dans l'activité

de peintre, la capacité de travail du demandeur était de 80% avec une baisse de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière en respectant les limitations suivantes : pas de ports de charge au-delà de 10kg de manière ponctuelle et 5kg de manière régulière ; pas de mouvements répétitifs et de forces impliquant le membre supérieur gauche au-delà de l'horizontale, les mouvements brusques et répétitifs impliquant la nuque.

30. Le 6 août 2019, le demandeur a contesté le contenu du courrier du 8 juillet 2019 de l'assurance et a déclaré y "*former opposition totale*", tout en lui demandant de revoir sa position et en demandant une copie de son dossier médical complet.

31. Le 22 novembre 2019, le Dr D_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie, s'est adressé à la défenderesse. Il avait lu le rapport du Dr B_____ (*recte* : B_____). Il avait pris en charge le patient à partir du 12 juin 2019 dans le contexte de douleurs persistantes au niveau du membre supérieur gauche et également au niveau de la région scapulaire gauche dans le contexte d'un accident qui avait eu lieu le 4 mai 2018. Dans ce contexte, le patient montrait une limitation à l'examen clinique, tant passive qu'active, de l'épaule gauche sans déficit neuro-vasculaire au niveau du membre supérieur gauche. Il présentait également des contractures musculaires para-scapulaires gauches réflexes. Le 20 juin 2019, une IRM de l'épaule gauche avait été effectuée chez le patient. Le radiologue évoquait le début d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche avec altération de signal partielle des fibres musculaires du muscle sous-scapulaire en signe de déchirure. Il proposait au patient un début de physiothérapie avec mobilisation douce et une infiltration intra-articulaire de l'épaule gauche qui avait eu lieu le 10 juillet 2019. Cette dernière s'était par ailleurs compliquée d'un état semi-comateux immédiat vu que le patient présentait une phobie des aiguilles. Cela étant, le patient avait pu améliorer progressivement sa mobilité de l'épaule gauche avec, au dernier contrôle du 6 novembre 2019, une abduction à 100° ainsi qu'une élévation à 120°. Le patient poursuivait toujours, et sur le long terme, une physiothérapie qui était de plus en plus active avec une prise concomitante d'anti-inflammatoires sous protection gastrique et également une couverture antalgique supplémentaire par paracétamol et tramadol. Le patient avait été mis à l'arrêt de travail à 100% dès sa première visite et cet arrêt se poursuivait jusqu'au prochain contrôle prévu le 5 décembre 2019. Le Dr D_____ laissait donc le soin à la défenderesse de réévaluer la demande et les prestations de couverture pour perte de gain ainsi que la couverture médicale. Il joignait le rapport du Dr C_____, spécialiste FMH radiologie. Il retenait donc un diagnostic de capsulite post-traumatique avec pronostic limité à une reprise d'activité à 80%.

32. Le 26 novembre 2019, le Dr E_____, médecin interne FMH à Yverdon-les-Bains, a établi, à la demande de la défenderesse, un avis relatif au dossier du demandeur. Le demandeur tentait de faire admettre la poursuite de son arrêt de travail avec l'aide d'[un] orthopédiste probablement non opérateur qui évoquait un diagnostic clinique non établi sur la base d'une IRM qui montrerait des "*signes évoquant un début (le 20.06.2019) de capsulite rétractile de l'épaule gauche*" attribuée par [le Dr D_____] à l'accident du 04.05.2018, survenu donc plus de 13 mois avant, qui ne correspondait nullement au diagnostic de l'analyse du Dr B_____ et qui était par ailleurs trop lointain pour être accepté comme une suite de l'accident. Un autre argument était l'absence d'atrophie musculaire lors des IRM d'octobre 2018 et juin 2019 après plus de 13 mois d'évolution, ce qui apparaissait difficilement possible. Enfin, ce diagnostic évoqué par le Dr D_____ n'expliquait pas tout le cortège

d'éléments non médicaux vus durant l'analyse B_____ ainsi que l'extension des douleurs et la mobilité conservée de l'épaule gauche qui fluctuera selon l'attention du demandeur durant l'analyse.

Une utilisation abusive des prestations d'assurances demeurait possible chez un patient organisé et procédurier (cf sa lettre d'opposition et le conflit aux prud'hommes avec l'employeur) avec un diagnostic de capsulite post-traumatique qui apparaissait inadéquat car totalement non corroboré par l'analyse B_____, non évoqué sur une première IRM et seulement évoqué sur une seconde IRM qui n'apparaissait de toute façon pas comme un examen péremptoire pour établir un tel diagnostic qui était essentiellement clinique, sans aucune atrophie musculaire après 13 mois d'évolution et non correspondant au status d'analyse qui ne montrait aucun signe de capsulite. L'avis du Dr D_____ n'apportait pas d'élément objectif nouveau susceptible de modifier l'analyse du Dr B_____.

33. Le 5 décembre 2019, la défenderesse a fait suite au rapport médical du Dr D_____ du 22 novembre 2019 et à l'IRM du 20 juin 2019. Après consultation de son médecin conseil, elle a considéré que ces éléments n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions du Dr B_____ du 27 (recte : 28) mai 2019. La décision du 8 juillet 2019 était donc confirmée.

34. Le 23 avril 2020, le Conseil du demandeur s'est adressé au Dr D_____, qui y a répondu le 30 avril 2020. Le patient souffrait d'une capsulite rétractile post-traumatique du 20 juin 2019 au 25 février 2020 et d'un étirement des fibres musculaires du sous-scapulaire du 20 juin 2019 jusqu'au jour du rapport. S'agissant de la capsulite, l'incapacité de travail était de 100% jusqu'au 25 février 2020 ; s'agissant de l'étirement des fibres musculaires, l'incapacité était de 50% jusqu'à fin mai 2020. Le patient avait une difficulté à garder / lever les charges lourdes en lien avec l'incapacité à 50% consécutive à l'étirement des fibres musculaires. Le pronostic était favorable à partir de juin 2020, avec une reprise à 100%. Enfin, le rapport du Dr B_____ du 28 mai 2019 n'était pas correct, pour les motifs figurant dans le courrier du Dr D_____ du 22 novembre 2019.

35. Le 23 avril 2020, le Conseil du demandeur s'est adressé à la défenderesse. Il ressortait de l'IRM du 20 juin 2019 que le demandeur avait souffert d'une capsulite rétractile. Ce diagnostic, qui n'avait pas été pris en compte par le Dr B_____, justifiait une incapacité de travail totale jusqu'au 26 février 2020, puis de 50% dès cette date. Le demandeur sollicitait que l'assureur revienne sur sa décision du 8 juillet 2019 et reprenne le paiement des indemnités journalières. Il sollicitait copie de la police d'assurance, des conditions générales et d'un tableau récapitulatif des indemnités versées.

36. Le 27 avril 2020, la défenderesse a transmis au Conseil du demandeur une copie de la police d'assurance et des conditions générales applicables. Il a également présenté les indemnités journalières du 24 octobre 2018 au 14 juillet 2019.

37. Le 15 mai 2020, le Dr B_____ s'est prononcé. Tant l'IRM de l'épaule gauche du 3 octobre 2018 que la nouvelle IRM de l'épaule gauche du 20 juin 2019 témoignaient de l'absence de lésion structurelle manifeste, mais surtout de l'absence d'atrophie musculaire, ce qui paraissait pour le moins étonnant chez un assuré faisant allégation d'une altération douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche qui remontait à de nombreux mois et dont les restrictions chroniques devaient laisser pour stigmate une amyotrophie de la musculature localisée.

Ce n'étaient ni l'intensité des douleurs ni les examens radiologiques, ni les gestes interventionnels comme les diagnostics en soi, malgré leur importance et leur nombre, qui préjugeaient de l'atteinte à la santé d'un individu, mais principalement le retentissement fonctionnel qui permettait de déterminer la capacité de travail d'un individu.

Considérant une symptomatologie intéressant la nuque comme le membre supérieur gauche chez un assuré par ailleurs droitier, il confirmait la capacité de travail de 80% retenue dans une activité professionnelle de peintre, y intégrant une certaine diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Il maintenait aussi une capacité de travail de l'assuré entière dans une activité professionnelle adaptée, soit une activité professionnelle légère excluant les ports de charge au-delà de 10kg de manière ponctuelle et 5kg de manière régulière, les mouvements répétitifs et de forces impliquant le membre supérieur gauche au-delà de l'horizontale, les mouvements brusques et répétitifs impliquant la nuque.

38. Le Dr D_____ a établi les certificats médicaux suivants concernant le demandeur :
- le 12 juin 2019, capacité de travail de 0% du 1er au 30 juin 2019 en raison d'un accident ;
- le 17 juillet 2019, capacité de travail de 0% du 1er au 31 juillet 2019 en raison d'un accident ;
- le 7 août 2019, capacité de travail de 0% du 1er au 28 août 2019 en raison d'un accident ;
- le 4 septembre 2019, capacité de travail de 0% du 29 août au 26 septembre 2019 en raison d'un accident ;
- le 26 septembre 2019, capacité de travail de 0% du 27 septembre au 24 octobre 2019 en raison d'un accident ;
- le 6 novembre 2019, capacité de travail de 0% du 25 octobre au 5 décembre 2019 en raison d'une maladie ;
- le 5 décembre 2019, capacité de travail de 0% du 6 décembre 2019 au 9 janvier 2020 en raison d'un accident ;
- le 18 janvier 2020, capacité de travail de 0% du 10 janvier 2020 au 31 janvier 2020 en raison d'une maladie ;
- le 25 février 2020, capacité de travail de 0% du 1er au 25 février 2020 et de 50% du 26 février 2020 au 19 mars 2020 en raison d'une maladie ;
- le 26 mars 2020, capacité de travail de 50% du 20 mars 2020 au 29 avril 2020 en raison d'une maladie ;
- le 30 avril 2020, capacité de travail de 50% du 30 avril 2020 au 31 mai 2020, puis de 100% dès le 1er juin 2020 en raison d'une maladie.

39. Le 8 juin 2020, le Conseil du demandeur a transmis des informations supplémentaires à la défenderesse et a persisté dans sa demande de réexamen.

40. Le 9 juin 2020, l'assureur a répondu que, selon son médecin conseil, les derniers documents médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions. La décision du 8 juillet 2019 était donc confirmée. La position du Dr B_____ du 15 mai 2020 était transmise.

41. Le 18 décembre 2020, la Caisse de compensation du GGE – Gros œuvre et seconde œuvre a établi une attestation confirmant l'enregistrement de l'entreprise L_____, dans le domaine de la gypserie-peinture et le carrelage, depuis le 1er mai 2008, avec

une masse salariale annuelle estimée à CHF 23'700.-, un délai d'attente de 2 jours, un taux de prime de 3.36% et le numéro de police 14.462.348.

La procédure judiciaire

42. Par demande datée du 9 juin (*recte* : juillet) 2020, reçue le 10 juillet 2020, le demandeur a déposé auprès du Tribunal de céans une demande en paiement en procédure simplifiée contre la défenderesse. Il concluait principalement au paiement en sa faveur de la somme de CHF 38'825.80, avec intérêts à 5% l'an dès la date moyenne, soit concrètement le 22 décembre 2019, à titre d'indemnités journalières pour la période du 15 juillet 2019 au 31 mai 2020, avec suite de frais et dépens.

    Le demandeur était en arrêt maladie à 100% jusqu'au 25 février 2020, puis à 50% du 26 février au 31 mai 2020 en raison d'une capsulite rétractile post-traumatique et d'un étirement des fibres musculaires du sous-scapulaire. La valeur probante du rapport du Dr B_____ du 28 mai 2019 était contestée, ce qui résultait notamment du rapport de son médecin traitant, le Dr D_____.

    Les indemnités journalières correspondaient à 226 jours à CHF 141.70 et à 96 jours à CHF 141.70 x 50%.

43. Le 17 septembre 2020, la défenderesse a répondu, concluant au déboutement du demandeur avec condamnation aux frais. Elle a admis être liée par la police d'assurance no 1_____ avec le Groupement patronal. C'était une assurance collective perte de salaire en cas de maladie selon la LCA pour le personnel non-soumis à la LAA. C'était une assurance de dommages.

    Cela étant, le demandeur n'était pas couvert par le contrat concerné ; il n'alléguait pas qui était son employeur et si celui-ci était membre du Groupement patronal. Il n'était pas non plus une personne assurée selon l'art. 1 CGA. Il n'avait subi aucun dommage.

    La défenderesse ignorait tout du statut du demandeur en Suisse. Le fait que le demandeur ait perçu des prestations de l'assurance-accidents obligatoire suffit à exclure son appartenance au cercle des assurés défini à l'art. 1 CGA. Selon l'art. 35 CGA, une incapacité de travail de moins de 50% ne donnait droit à aucune prestation. Sur le fond, le Dr B_____, sollicité par la défenderesse, avait confirmé le 15 mai 2020, son analyse du 28 mai 2019 : la capacité de gain du demandeur dans son activité habituelle de peintre était de 80%.

    Par surabondance, tout portait à croire que le demandeur n'occupait pas d'emploi au moment où il était soi-disant tombé malade car il était auparavant, selon ses propres dires, en incapacité de travail à la suite d'un accident. Dans ces circonstances, le demandeur devait établir qu'il exerçait une activité lucrative s'il n'était pas malade.

44. Le 19 novembre 2020, le demandeur a répliqué. Il disposait d'une autorisation de séjour. Il avait été engagé dès le 12 mars 2018 comme aide-peintre par M. F_____ à plein temps pour un salaire horaire de CHF 28.-. L'employeur et l'employé étaient liés par l'ensemble des dispositions de la convention collective de travail applicable aux métiers du second œuvre à Genève. Lors de l'incapacité de travail liée à la maladie dès le 21 octobre 2018, le demandeur était encore employé de l'entreprise A_____. Le 21 janvier 2019, M. F_____ aurait tenté de résilier le

contrat de travail. Le 31 janvier 2019, la défenderesse lui avait indiqué qu'en tant qu'assurance collective perte de gain en cas de maladie, elle traitait l'incapacité de travail liée à la maladie dès le 21 octobre 2018.

Il ressortait de l'autorisation de levée du secret, remplie par la défenderesse elle-même, que la personne assurée était bien le demandeur, que le numéro de police était le 14.462.348, que le preneur d'assurance était le Groupement patronal et que l'autorisation concernait l'événement du 21 octobre 2018.

Il ressortait de la "*carte maladie*" préremplie par la défenderesse que le demandeur était désigné comme "*personne malade*", que l'entreprise L_____ était désignée comme "*employeur*" et que le numéro de police était le "*1*_____".

Enfin, la défenderesse avait tenté de cesser de prester dès le 1er janvier 2019. Elle avait finalement continué de verser au demandeur des indemnités journalières.

Il ressortait des faits précités que la couverture d'assurance était donnée et que le demandeur avait subi une perte de gain, compte tenu de son incapacité de travail complète jusqu'au 25 février 2020, puis partielle, à hauteur de 50% du 26 février au 31 mai 2020. Le demandeur persistait à conclure au paiement de CHF 38'825.80 avec intérêts à la date moyenne, à titre de versement d'indemnités journalières maladie pour la période du 15 juillet 2019 au 31 mai 2020.

Il sollicitait la production par la ZURICH de l'intégralité de son dossier, l'audition de M. "F_____", d'un représentant du Groupement patronal, et de MM. G_____ et H_____.

45. Le 29 janvier 2021, la défenderesse a dupliqué. L'autorisation de séjour du demandeur avait expiré le 20 juillet 2017, de sorte qu'il n'avait pas d'autorisation de séjour au moment où il avait prétendument conclu un contrat de travail, ni au moment de la prétendue incapacité de travail liée à la maladie. Le demandeur n'avait pas prouvé avoir conclu un contrat de travail, la pièce produite étant lacunaire. Au moment de la conclusion du contrat de travail, l'autorisation de séjour du demandeur était échue depuis plus d'une année. Le demandeur n'aurait travaillé que durant deux mois. Il apparaissait invraisemblable que le demandeur ait perçu un salaire de CHF 7'475.- pour deux mois alors que la masse salariale annuelle 2018 de l'entreprise s'élevait à CHF 23'700.-. Le demandeur représenterait, sur deux mois, le tiers de la masse salariale annuelle de l'entreprise. Les montants perçus à titre de salaire étaient contestés.

    Le demandeur n'avait pas prouvé qu'il aurait exercé une quelconque activité lucrative sans sa prétendue atteinte à la santé. Il n'exerçait aucune activité lucrative avant celle qu'il alléguait avoir exercée auprès de l'entreprise L_____. Il n'exerçait aucune activité lucrative et n'en avait exercée aucune depuis la fin de sa prétendue incapacité de travail. Il n'était pas inscrit au chômage ; il n'était pas au bénéfice d'une autorisation de séjour valable. Il ne subissait donc aucun dommage. Il ne présentait enfin pas d'atteinte à la santé lui donnant droit à des prestations d'assurance de la part de la défenderesse.

    La défenderesse avait également requis un rapport auprès du Dr E_____ qui confirmait que l'avis du Dr D_____ n'apportait pas d'élément objectif nouveau susceptible de modifier ou de remettre en cause l'expertise du Dr B_____. Selon

le Dr E_____, le diagnostic de capsulite post-traumatique apparaissait inadéquat, car il n'était pas évoqué sur toutes les IRM et qu'il s'agissait d'un diagnostic essentiellement clinique qui ne s'accompagnait d'aucune atrophie musculaire après treize mois d'évolution.

Le demandeur n'était pas inscrit à l'assurance-invalidité malgré une incapacité de travail prétendument de longue durée. Il violait son obligation de réduire son dommage car l'art. 56 CGA lui imposait de s'annoncer à l'Office AI au plus tard 6 mois après le début de son incapacité de travail.

La défenderesse sollicitait l'audition d'un représentant de la ZURICH, des témoins B_____ et E_____ et l'apport du dossier auprès de l'Assurance-invalidité s'il existe.

46. Une audience de débats d'instruction, de débats principaux et de premières plaidoiries, avec comparution personnelle des parties a eu lieu le 12 mars 2021.

La Chambre de céans a entendu, avec l'aide d'une interprète français-albanais, le demandeur, qui est domicilié _____, 1227 Carouge. Son permis de séjour est en examen pour être renouvelé, en raison des soucis de famille (référence à la pièce 25 dem.). Il avait un permis B; depuis l'échéance de ce permis, il disposait d'une attestation de l'OCPM qui l'autorise à rester et travailler en Suisse. Comme il est séparé de son épouse, le dossier est à l'examen à l'OCPM, lequel n'a pas encore été renouvelé formellement. Son épouse et sa fille de 4 ans vivent à Bâle, d'où la difficulté pour l'OCPM de statuer. Il vit à Genève avec ses deux fils âgés de 15 et 17 ans. Il a suivi l'école obligatoire ainsi que le lycée ou le collège. Il n'a pas de formation dans le domaine du bâtiment, mais une vaste expérience professionnelle. Avant de venir en Suisse, il avait travaillé pendant 5 ans dans le domaine de la construction dans son pays d'origine. Il est en Suisse et y travaille depuis 2009. De 2009 à 2016, il n'a pas travaillé de façon ininterrompue, car il n'avait de permis. Il dispose de la carte AVS depuis 2012. En 2018, il a rejoint sa femme à Bâle, il avait trouvé un emploi qui a commencé le 20 février 2018 à Bâle, le contrat ayant été établi le 1er février 2018. Il a travaillé une quinzaine de jours. C'était difficile pour lui, car il ne connaissait pas le suisse-allemand. Grâce à ses contacts, soit M. F_____, il a trouvé un emploi à Genève qu'il a commencé le 10 ou le 12 mars 2018. M. F_____ ne fait pas partie de sa famille, même s'ils ont le même nom. Il a travaillé pour lui jusqu'au jour où il a eu l'accident, soit le 4 mai 2018. Il ne travaille pas à cause de la situation sanitaire, qui a entraîné beaucoup de difficultés. S'il y a un déconfinement, il pourrait travailler début avril. Il n'a plus travaillé depuis l'accident du 4 mai 2018.

Son salaire a été payé par virement bancaire. Cela ressort de la pièce 28 dem. Il ne sait pas auprès de quelle caisse ses cotisations sociales ont été payées, mais il pense que cela pouvait être auprès de l'Office cantonal des assurances-sociales. Il a quelques vidéos de chantier où il a travaillé. On le voit ainsi que l'équipe d'ouvriers; les travaux concernaient un grand hôtel à Interlaken. Une fois finis les travaux dans une partie de l'hôtel, le tourisme a repris pendant 3 mois.

A la suite d'une remarque du président lui faisant constater qu'il annonçait avoir commencé à travailler le 10/12 mars 2018 avec un accident le 4 mai 2018, soit moins de deux mois plus tard, le demandeur a expliqué que les travaux dans l'hôtel à Interlaken ont duré un mois et demi seulement pour lui. En raison de la reprise du

tourisme, les travaux ont été interrompus. Tout le groupe des ouvriers est alors revenu à Genève, Lausanne ou Coppet. Le fils du patron, M. I_____ était responsable des travaux à Interlaken. Le 4 mai 2018, M. A_____ était toujours l'employeur du demandeur. L'accident du 4 mai 2018 a eu lieu à Coppet. Il s'agissait d'une villa privée, sa tâche était de faire la peinture du premier étage; au deuxième étage, il y avait une autre personne qui était chargée du parquet. Les deux premiers jours, il y avait un autre employé avec lui. Il a fait la peinture tout seul. En effet, il convenait d'abord de vider les lieux et de porter les meubles à l'extérieur. Le jour de l'accident, il était tout seul sur le chantier. Comme la météo était mauvaise, il a demandé à son patron d'envoyer deux travailleurs supplémentaires pour l'aider à transporter les meubles. Ils n'étaient pas encore arrivés lorsqu'il a glissé de l'échelle, alors qu'il était en train de s'occuper tout seul des jointures et il est tombé sur l'épaule gauche. Quand il est tombé, il a ressenti une grande chaleur dans le corps, comme quelqu'un qui a trop bu. Ensuite, il s'est relevé; il n'avait plus d'équilibre et est sorti à l'extérieur pour prendre l'air. Il a à nouveau appelé son patron et lui a expliqué ce qui s'était passé; ce dernier lui a dit d'aller immédiatement consulter le médecin. Le demandeur n'était pas en état de conduire. Un des ouvriers est venu et l'a accompagné à Genève. Pendant le trajet, vers 16 h, il y avait beaucoup de trafic; il a commencé à se libérer de la chaleur qu'il ressentait, il redevenait stable. Il est allé chez moi puis par la suite aux HUG, où il y avait beaucoup de monde. Il leur a dit qu'il vivait tout près, il est retourné chez lui en attendant qu'ils l'appellent. Il s'est dit qu'il allait mieux et a décidé de ne pas retourner à l'Hôpital et de continuer le travail. Le lendemain, il est retourné au travail, à Coppet, dans la villa. Son patron lui a dit qu'il ne devait pas revenir au travail s'il n'était pas en forme. Dès qu'il a pris le pot de peinture, qui pesait une quinzaine ou une vingtaine de kilos, il a senti une grande douleur à l'épaule gauche, comme si quelqu'un l'avait poignardé. A ce moment-là, il a perdu toute force; il a arrêté définitivement le travail et décidé d'aller à l'Hôpital; il n'a donc pas travaillé ce jour-là. Il a reçu un certificat médical à l'Hôpital, semble-t-il pour une période de deux semaines. On lui a dit de rester en contact avec son médecin traitant, la Dresse J_____ (pièce 22 dem.); le spécialiste était le Dr K_____.

Au mois de mai, il a eu son premier rendez-vous avec la Dresse J_____. Ensuite, il a eu deux rendez-vous mensuels. Le Conseil du demandeur déduit de la pièce 22 dem. qu'il y a eu des rendez-vous réguliers chez la Dresse J_____, soit bien avant le 31 janvier 2019, date de signature de la pièce.

Le demandeur dispose de certificats médicaux qui comprennent d'avantage d'éléments en lien avec les dates.

47. Une deuxième audience a eu lieu le 30 avril 2021.

a) Le demandeur a obtenu des prestations de la SUVA; par la suite il est passé à l'assurance maladie, soit la défenderesse. Tout d'abord, la défenderesse a étudié son dossier pendant environ un mois ; ensuite elle a accepté la demande. Après deux trois/mois, mais sans être certain de la période, la défenderesse a arrêté de payer. Il n'a pas été informé de l'arrêt des paiements par la défenderesse et a pris contact par téléphone avec elle ; la défenderesse a indiqué au demandeur que le médecin n'avait pas validé la prolongation. Le médecin n'avait pas envoyé le rapport à la défenderesse, même si le demandeur n'est pas certain de la procédure qu'il devait suivre. Le demandeur a reçu les décomptes de la SUVA; il ne savait pas qu'il fallait déposer à la Chambre de céans les décomptes de cette dernière, mais les tient à

disposition si nécessaire. Il n'a pas eu de souci avec la SUVA, mais a des soucis avec la défenderesse. C'est la SUVA qui lui a proposé de "passer en maladie" et c'est l'assurance et lui-même qui ont transmis le dossier à la défenderesse. Après avoir reçu la décision de la SUVA décidant qu'il s'agissait d'une "maladie", le médecin de famille du demandeur a rédigé un rapport qu'il a transmis à la défenderesse. Cette dernière a ensuite requis le dossier.

Sur question de la Chambre de céans qui demandait s'il y avait eu un événement particulier le 21 octobre 2018 (allégué 42 et pièce 21 dem.), le demandeur ne se souvient plus des dates mais sait qu'entre la fin des paiements de la SUVA et le début des paiements par la défenderesse il y avait un écart d'un mois. Il dispose du dossier complet mais n'a pas toutes les dates en tête. Le demandeur explique que c'est en raison de l'arrêt des paiements par la défenderesse qu'il a mandaté une avocate ; il n'a pas déposé de demande à l'assurance invalidité.

Sur question de son Conseil, le demandeur explique que lorsqu'il a été engagé par l'entreprise A_____, il avait le droit de travailler, le renouvellement de son permis étant en cours. Sauf erreur, le demandeur a vu le Dr B_____, médecin conseil de la défenderesse le 27 mai 2019: l'entretien a duré 15 minutes au maximum; le médecin lui a seulement posé des questions, mais ne l'a pas examiné physiquement. Les questions portaient sur ses origines, son passé, sa famille, sa vie en Suisse et seulement deux à trois questions sur sa santé. Ces questions sur sa santé étaient entremêlées avec les autres questions. Le Dr B_____ parlait français et un interprète était présent.

Lorsque le demandeur a retrouvé sa capacité de travail, il n'a pas rempli de demandes auprès de l'assurance chômage car il n'avait plus confiance dans les assurances. En 2016, il avait une première fois sollicité des prestations de l'assurance-chômage, mais la procédure a duré très longtemps car l'assurance avait besoin de beaucoup de documents. Comme il ne voulait pas faire une nouvelle demande qui prenne beaucoup de temps, il s'est adressé directement à l'Hospice général. Ce dernier a répondu très rapidement et lui a donné le nécessaire pour vivre. A ce moment-là, il avait beaucoup de soucis de santé et avec les enfants. S'il n'avait pas eu des soucis de santé, il aurait recommencé à travailler. Le demandeur n'aimait pas traîner dans la rue et doit encore s'occuper de sa mère et de ses deux enfants qui sont à sa charge. Il aurait eu une opportunité de travail à Neuchâtel, mais le trajet de deux heures de voyage pour l'aller et de deux heures pour le retour était trop long. Il espérait pouvoir commencer à travailler à Genève le mois prochain. Sa mère a un cancer et pourra se faire opérer la semaine prochaine, en revanche le demandeur ne peut pas la laisser.
Sur question du Conseil de la défenderesse qui demande si, en lien avec la pièce 25 dem., le demandeur est en Suisse depuis le 21 juillet 2016 comme cela ressort de l'attestation de l'OCPM, le demandeur répond qu'il a pu obtenir des papiers à partir de cette date. L'OCPM a considéré cette date comme date officielle d'arrivée. Cela étant, il vit en Suisse depuis 2009 et dispose d'une carte AVS depuis 2012. Il a demandé dès 2014 un permis, mais c'est la date du 21 juillet 2016 qui figure dans l'attestation car c'est à partir de cette date que le permis a été délivré. Le permis était d'un an et demi à deux ans sans que le demandeur ne se souvienne de la durée exacte. Le permis n'a pas été renouvelé. Lors du processus de renouvellement, il a été difficile pour le demandeur d'expliquer toute la situation liée à l'assurance et aux prestations reçues de l'Hospice. Il dispose d'un document qui indique que le

processus de renouvellement est encore en cours. Il n'a pas travaillé pour l'entreprise L_____ avant 2018.

Sur question du Conseil de la défenderesse qui souhaite savoir si le demandeur a travaillé pour d'autres employeurs avant 2018, le demandeur répond que cette question est "hors sujet". Sa vie privée ne concerne pas la procédure. Il ne veut pas indiquer pour qui il a travaillé depuis 2009, mais, si l'Etat s'y intéresse, il peut le savoir. Le demandeur ne sait pas pour quel motif la SUVA a arrêté ses prestations, mais la défenderesse le sait car la SUVA lui a transmis le dossier. Le demandeur n'a pas rencontré de médecin de la SUVA. La date de la fin de la capacité de travail se trouve dans les certificats médicaux. La défenderesse sait "parfaitement" depuis quand le demandeur a recherché du travail. Malgré une question complémentaire de la Chambre de céans, le demandeur persiste à répondre que la défenderesse connaît la réponse. Le demandeur indique qu'il a commencé à chercher du travail dès que le médecin le lui a autorisé; cette date se trouve dans le dossier.

Le demandeur refuse de répondre à la question du Conseil de la défenderesse visant à savoir s'il a perçu des prestations de tiers autres que celles de l'Hospice général; il s'agit d'une question privée et il ne souhaite pas y répondre. Le demandeur n'a pas fait de démarches auprès de l'assurance-chômage en 2018 et 2019. Il n'a pas non plus fait de démarches auprès de l'assurance invalidité pour deux raisons : il ne savait pas que l'assurance invalidité était obligatoire ; il ne se considérait pas comme infirme ou invalide car son état de santé s'améliorait et son médecin partageait son avis. Il n'y avait pas de raison de faire une demande à l'assurance invalidité car il allait d'ici quatre à six mois retrouver sa pleine capacité de travail. A ce moment-là le médecin spécialiste lui avait fait une injection à l'épaule ; les prévisions se sont révélées justes puisqu'il est de nouveau en pleine santé.

A la question du Conseil de la défenderesse visant à savoir si le demandeur avait retravaillé depuis 2018, le demandeur répond qu'il ne comprend pas la question, qu'il considère comme provocante ; les certificats médicaux sont dans le dossier et indiquent qu'il n'a pas le droit de travailler jusqu'en mai 2020.

b) La défenderesse ne peut pas expliquer pourquoi les conditions générales du contrat produites comme pièce 4 dem. visent le personnel non soumis à la LAA, mais les conditions générales produites dans la procédure sont celles qui sont applicables avec la police. Il y a un contrat-cadre entre la défenderesse et le Groupement patronal qui a été produit en pièce 2 déf. En lien avec ce contrat-cadre, il y a différents produits. Pour l'entreprise L_____, il n'y a que cette police (pièce 4 dem.) ; il peut y avoir d'autres polices avec d'autres entreprises.

Lorsqu'une annonce de sinistre est effectuée, le gestionnaire vérifie si l'entreprise figure dans la liste des entreprises concernées par le contrat-cadre (pièce 2 déf.) ; à l'époque, le gestionnaire n'a pas fait de recherches détaillées. La défenderesse ne sait pas qui sont les travailleurs individuels de chaque entreprise. L'entreprise doit remplir une déclaration d'adhésion dans laquelle elle annonce une masse salariale, mais la défenderesse ne sait pas qui sont nominativement les noms des travailleurs (pièce 3 déf.).

Sur question du juge assesseur qui interpelle la représentante de la défenderesse sur sa pièce 3 qui mentionne la date du 18 décembre 2020, un début d'affiliation au

1er mai 2008 et une masse salariale estimée à CHF 23'700.-, le Conseil de la défenderesse répond que cette dernière va procéder à la vérification de l'évolution de la masse salariale pour savoir quel était le montant estimé de la masse pour 2018. En lien avec la pièce 4 dem. la prime totale de CHF 470'821.40 (p. 4) correspond à celle payée par toutes les entreprises du Groupement patronal. Tant la pièce 2 déf. que la pièce 4 dem. concernent le Groupement patronal. La défenderesse ignore pourquoi la pièce 3 concerne la Caisse de compensation du GGE.

Lors de la demande de prestations, le gestionnaire n'a pas procédé à l'examen de la qualité d'assuré du demandeur ; il a procédé à une appréciation médicale. Il ne s'agit pas d'un processus général applicable à toutes les demandes de prestations, mais la situation du Groupement patronal est particulière dans le sens où il comprend de très nombreuses entreprises qui peuvent être affiliées ou non ; c'est la raison pour laquelle le gestionnaire vérifie si l'entreprise figure sur la liste. C'est un processus simplifié d'examen de la demande. La défenderesse ne dispose pas d'une liste nominative des personnes assurées au sens du §1 des conditions générales (pièce 4 dem. p. 7). Au moment où le dossier passe en procédure, il est traité par le service juridique et la défenderesse procède à un examen détaillé de la situation. Elle s'est donc interrogée sur le statut (autorisation de droit des étrangers) du demandeur et la faible masse salariale. Ces différents éléments ont interpellé la défenderesse même si c'est l'aspect médical qui est déterminant.

Selon le Conseil de la défenderesse, la décision de cesser les prestations était une pure décision médicale à l'origine. La défenderesse considère que le demandeur n'est pas couvert par le contrat d'assurance (pièce 4 dem.), car ce contrat ne vise que les personnes non assurées par la LAA et que le demandeur l'était car il recevait des prestations de la SUVA.

Sur question de la Chambre de céans qui lui demande pourquoi elle a transmis la pièce 4 dem. en tant qu'annexe à la pièce 5 dem., la défenderesse répond que les conditions générales s'appliquent. Elle considère que les conditions générales d'assurance s'appliquent mais qu'en raison de leur champ d'application, le demandeur n'est pas couvert par la police. Le paiement des indemnités journalières du 24 octobre 2018 au 14 juillet 2019 s'explique pour les raisons citées précédemment, à savoir un examen sommaire du dossier. Le courrier du 31 janvier 2019 au demandeur (pièce 21 dem.) est très certainement le courrier initial, car l'assurance a besoin de l'autorisation de l'assuré pour contacter ses médecins. L'annonce du cas ne se fait pas par la SUVA mais par l'employeur. En revanche, la SUVA a transmis le dossier.

La défenderesse ne conteste pas qu'il y a eu une annonce de sinistre ; peu importe par qui elle a été faite. S'agissant de sa détermination au sujet de l'allégué 44 de la réplique, la défenderesse considère que le demandeur n'était pas "personne assurée"; s'agissant de l'allégué 45, la défenderesse considère que le demandeur n'était pas "une personne malade" ; la défenderesse conteste aussi qu'elle disposait de "toutes les informations". La défenderesse ne conteste pas la réalité de la pièce 19 dem., soit des décomptes de salaire de mars et avril 2018. Le demandeur a en effet produit des pièces démontrant qu'il avait reçu le salaire sur son compte en banque. En revanche, il n'y a pas le décompte du salaire du mois de mai 2018. La

défenderesse ne sait pas si elle a écrit au demandeur le 15 février 2019, date citée dans son courrier produit comme pièce 23 dem.

La défenderesse ne formule pas de prétention reconventionnelle en remboursement car elle n'a pas pour habitude de réclamer le remboursement de prestations qui ont été versées de manière systématique. Elle tient aussi compte de la situation personnelle de l'intéressé et des possibilités de recouvrement. A son souvenir, le document n° 9.600/6 signé le 24 novembre 2008 et le 10 décembre 2008, cité en page 4 du contrat-cadre (pièce 4 dem.), comprend des clauses générales.

A la demande du Conseil du demandeur, la défenderesse répond qu'elle va se renseigner sur ce que sont les "CGA édition 01" et n'a pas d'objection à produire ce document.

La défenderesse, sur question du Conseil du demandeur, indique qu'elle va se renseigner pour savoir combien d'entreprises font partie du GAP, payent la prime de CHF 470'821.40; Elle se renseignera également pour savoir s'il existe d'autres polices liant le Groupement patronal ou le GGE.

Sur question de la Chambre de céans demandant s'il n'y a pas une police couvrant le personnel soumis à la LAA, la défenderesse répond qu'elle se renseignera.

c) A l'issue de l'audience, le demandeur persiste à demander la production de l'intégralité du dossier de la défenderesse. Le demandeur souhaite notamment savoir s'il y aurait une autre police ou une autre pièce concernant la filiation de l'entreprise L_____ (cf. pièce 3 déf.).

La défenderesse renonce à la demande de production du dossier AI car le demandeur a indiqué n'avoir entrepris aucune démarche vis-à-vis de l'assurance invalidité. Il persiste pour le surplus.

48. Le 7 mai 2021, la défenderesse a requis une modification du procès-verbal de l'audience du 30 avril 2021: le procès-verbal mentionnait qu'elle ne contestait pas "*la réalité de la pièce 19, soit des décomptes de salaire de mars et avril 2018*". Cette pièce du demandeur avait été produite à l'appui de son allégué 39, qui avait été expressément contesté par la défenderesse dans sa duplique.

49. Le 28 mai 2021, une ordonnance de limitation de la procédure (art. 125, lettre a CPC) et de preuve (art. 154 CPC) a été rendue. L'instruction de la cause a été limitée à la question de savoir si le demandeur était une personne assurée par une prestation d'assurance proposée par la défenderesse. Des renseignements écrits ont été ordonnés, les projets étant soumis aux parties. Enfin, divers documents ont été requis de la défenderesse.

50. Le 2 juin 2021, le demandeur s'est opposé à la rectification du procès-verbal de l'audience du 30 avril 2021. Le conseil de la défenderesse avait bel et bien indiqué lors de l'audience qu'il ne contestait pas la réalité de la pièce 19, car le demandeur avait produit des pièces démontrant avoir reçu le salaire sur son compte. Les pièces bancaires avaient été produites après la duplique.

51. Le 17 juin 2021, des renseignements écrits ont été requis par la Chambre de céans auprès du Groupement patronal et du Groupement genevois d'entreprises du bâtiment et du génie civil ("*GGE*"):

1) Le personnel de l'entreprise L_____, _____, à Genève (sans lien de famille avec M. A_____) était-il assuré en 2018 par la police d'assurance 1_____ avec ZURICH ASSURANCE ?

2) Etait-il assuré en 2018 par une autre police d'assurance (perte de gain en cas de maladie ou accident) que votre Groupement aurait conclue avec ZURICH ASSURANCE ?

3) Quel était en 2018 l'étendue du cercle des personnes assurées (tout le personnel ou uniquement le personnel non soumis à la LAA) auprès de ZURICH ASSURANCE, quel que soit le numéro de la police d'assurance ?

4) Quelle était la masse salariale estimée et/ou annoncée par l'entreprise précitée pour l'année 2018 ?

5) Disposez-vous des noms des personnes assurées en 2018 par vos contrats avec ZURICH ASSURANCE ? Dans l'affirmative, Monsieur A_____, né le _____ 1985, no AVS 756._____, domicilié _____, à Carouge, était-il assuré en 2018 par un contrat avec ZURICH ASSURANCE ?

6) Quel est le lien entre le Groupement genevois d'entreprises du bâtiment et du génie civil (GGE) et le Groupement des Associations patronales de la construction (GAP) ? Les polices d'assurances conclues avec la ZURICH le sont-elles par le GGE ou le GAP ?

52. Le même jour, le rassemblement des comptes individuels du demandeur a été requis par la Chambre de céans auprès de la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après: "*Caisse cantonale*").

53. Le 22 juin 2021, la Caisse cantonale a transmis l'extrait du compte individuel du demandeur:

No caisse	No affilié	Code revenu	Bonifications d'assistance	Mois de cotisation	Année de cotisation	Revenu	Employeur
25	1_____	04		1-12	2019	4'702	A_____
25	2_____	01		3-12	2018	8'523	F_____ peinture maçonnerie
25	3_____	01		7-8	2017	6'410	M_____ SA
25	4_____	01		1-1	2016	4'508	N_____
46	5_____	01		11-11	2013	1'238	O_____, Genève
					Total	**25'381**	

Il avait un revenu total de CHF 25'381.-, dont CHF 6'410.- annoncés pour la période juillet-août 2017 (auprès de M_____ SA), CHF 8'523.- pour la période mars-décembre 2018 (auprès de F_____ Peinture Maçonnerie) et CHF 4'702.- pour la période janvier-décembre 2019 (auprès d'L_____). En 2013, 2016, 2017 et 2018, le "*code revenu*" (colonne 2) était le "1" soit "*salarié ou prestation soumise à cotisations*"; en 2019, le "*code revenu*" était le "4", soit "*personne sans activité lucrative*".

54. Le 28 juin 2021, le Groupement patronal a répondu: il conclut, pour le compte des associations membres, des contrats collectifs d'assurance perte de gain et autres avec différents prestataires de services, dont la défenderesse. L'encaissement des

primes se fait par l'intermédiaire de la caisse de compensation du GGE qui établit les décomptes nécessaires. Le GGE est une association patronale représentant quelque 450 entreprises du gros œuvre, du second œuvre et du secteur de parcs et jardins du canton de Genève; le GGE fait partie du Groupement patronal.

L'entreprise L_____ était assurée en 2018 par la police d'assurance 1_____. Elle n'avait pas conclu d'autre assurance par le biais du GAP, ni avec la défenderesse, ni avec une autre compagnie d'assurance.

En 2018, tout le personnel de l'entreprise L_____ était assuré par la police 1_____. La masse salariale totale annoncée par l'entreprise L_____ à la caisse du GGE s'élevait à CHF 217'978.90; la caisse du GGE lui a facturé une prime totale de CHF 10'135.90 et l'a reversée à la défenderesse.

Le demandeur avait été employé par l'entreprise L_____ dès le 12 mars 2018, à temps partiel. Sur les CHF 217'978.90 de salaires annoncés par l'entreprise, le salaire annoncé du demandeur était de CHF 8'523.40 pour la période de mars à décembre 2018, plus concrètement CHF 3'136.- en mars 2018, CHF 4'060.- en avril 2018, CHF 672.- en mai 2018 et CHF 655.40 en décembre 2018 (13ème salaire).

Selon documents remis par le Groupement patronal, dès le 1er janvier 2017, l'ensemble du personnel d'exploitation de l'entreprise L_____ était assuré par la police 13.462.348 pour risque maladie, avec prestations de 80% du salaire et délai d'attente de 2 jours.

Le Groupement patronal a remis copie de la police d'assurance valable au 1er janvier 2016, ainsi que le renouvellement du contrat-cadre pour la période du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020.

55. Par ordonnance d'instruction du 30 juin 2021, les réponses ont été transmises aux parties.

56. Le 28 juin 2021, la défenderesse a donné suite à l'ordonnance de preuve du 28 mai 2021 et transmis l'assurance-maladie collective, police no 9.600/6 du 1er janvier 2004; elle a également transmis copie de son courrier du 15 février 2019 et du décompte annexé. Le décompte du 15 février 2019 mentionnait une incapacité à 100% pour la période du 24 octobre 2018 au 31 décembre 2018, soit 69 jours, au taux de CHF 141.70, ce qui donne un total de CHF 9'778.-.

    Toutes les conditions générales et polices d'assurances conclues entre la défenderesse et le Groupement patronal avaient déjà été produites dans la procédure. La masse salariale estimée par l'entreprise L_____ pour l'année 2018 s'élevait à CHF 217'978.-. Les polices conclues par la défenderesse l'ont été avec le "*Groupement des associations patronales de la construction*" (GAP) et non pas avec le GGE. Le premier courrier de la défenderesse à M. A_____ datait effectivement du 31 janvier 2019. Il n'existait pas d'autres conditions générales que celles produites par le demandeur, sous réserve du document 9.600 produit le même jour. Une quarantaine d'entreprises étaient couvertes par la police concernée et payaient un total de primes de CHF 470'821.40. Enfin, il n'existait pas d'autre police entre le Groupement patronal et la défenderesse.

57. Le 30 juin 2021, des renseignements écrits ont été requis auprès de l'entreprise L_____. Il s'agissait d'obtenir le relevé des heures effectuées par le demandeur du

12 mars 2018 au 4 mai 2018 au sein de l'entreprise, avec mention du lieu de l'intervention. Malgré une relance le 2 septembre 2021, aucune suite n'y a été donnée.

58. Le 8 juillet 2021, le demandeur a souhaité des plaidoiries finales écrites.

59. Le 12 juillet 2021, la défenderesse a souhaité des plaidoiries finales écrites.

60. Par ordonnance d'instruction du 23 septembre 2021, l'instruction a été déclarée close et un délai imparti aux parties pour leurs plaidoiries finales écrites.

61. Par courrier du 12 octobre 2021, dont une copie a été transmise à la Chambre de céans le 13 octobre 2021 à titre de faits nouveaux (la défenderesse faisant au surplus valoir l'existence d'une prétention frauduleuse et ne plus être liée par le contrat), la défenderesse a écrit au demandeur. Il ressortait des pièces reçues les 30 juin et 23 septembre 2021 que, selon l'extrait de compte individuel du demandeur produit par la Caisse cantonale, le demandeur avait travaillé dès décembre 2018 au sein de F_____ pour un salaire total de CHF 8'523.-; il avait également travaillé pour son propre compte de janvier à décembre 2019 pour un total de CHF 4'702.-. Le demandeur avait dissimulé à l'assureur le fait qu'il avait continué de travailler "*après son prétendu accident*", en particulier pour son propre compte dans le courant de l'année 2019, tout en percevant et/ou réclamant à la défenderesse des indemnités journalières pleines et entières du fait d'une prétendue incapacité de travail. Il avait également caché un revenu. La défenderesse n'était plus liée avec le demandeur par un quelconque rapport d'assurance, en application de l'art. 40 LCA; elle se réservait de réclamer les indemnités journalières perçues sans droit.

62. Le 1er décembre 2021, les parties ont déposé leurs plaidoiries finales écrites.

63. Le demandeur s'est tout d'abord rapporté à justice sur les faits nouveaux allégués par la défenderesse le 13 octobre 2021; sur le fond, il a réitéré n'avoir jamais exercé une activité lucrative depuis la survenance de l'incapacité de travail. Il ne ressortait pas de l'extrait de compte individuel que le demandeur aurait travaillé depuis son incapacité de travail; le montant semblait correspondre au salaire reçu avant l'incapacité de travail. Le montant 2019 correspondait aux cotisations individuelles du demandeur qui n'exerçait pas d'activité lucrative. En tout état, la défenderesse ne tirait aucune conclusion de ces faits nouveaux.

    Il ressortait de l'instruction que la couverture d'assurance était bel et bien donnée, le demandeur étant soumis à la police d'assurance 14.462.348. Cette police ne couvrait pas uniquement le personnel non soumis à la LAA. Le 31 janvier 2019, la défenderesse s'était adressée au demandeur en tant qu'assurance collective perte de gains en cas de maladie en traitant l'incapacité de travail du demandeur liée à la maladie du 21 octobre 2018. A teneur de la carte maladie établie par la défenderesse elle-même, le demandeur était inscrit en qualité de "*personne malade*" et l'entreprise L_____ inscrite comme "*employeur*".

    Reconnaissant que la couverture d'assurance était donnée, la défenderesse avait versé des indemnités journalières jusqu'au 14 juillet 2019. Les mesures d'instruction ne démontraient pas le contraire: l'avenant à la police d'assurance transmis par le Groupement patronal démontrait que le risque maladie était couvert à hauteur de 80% du salaire après 2 jours de délai d'attente, sans restriction spécifique excluant le personnel soumis à la LAA.

Selon la "*feuille d'information pour personnes assurées dans le cadre d'une assurance collective relative à la police 14.462.348*", la maladie était un cas couvert par l'assurance, la couverture débutant au moment de l'expiration de l'assurance obligatoire selon la LAA.

L'accord de renouvellement du contrat-cadre GAP du 4 mai 2017 prévoyait aussi que le contrat-cadre porte sur le versement d'indemnités journalières maladie et accident.

Dans la police d'assurance 9.600/6, il n'y avait pas non plus d'exclusion pour le personnel soumis à la LAA.

Dès lors que la couverture d'assurance était donnée, il convenait d'instruire notamment l'état de santé du demandeur et son impact sur sa capacité de travail. Enfin, il convenait d'ordonner la production des CGA édition 01, qui n'avaient pas été produites, malgré l'ordonnance du 28 mai 2021.

Au fond, le demandeur persistait dans ses conclusions.

64. La défenderesse considère qu'aucune prestation d'assurance n'est due au demandeur. Tout d'abord, le demandeur n'est pas couvert par le contrat d'assurance. Il fondait ses prétentions sur le contrat d'assurance privé soumis à la LCA police 1_____. La LCA ne comportant pas de disposition particulière à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le droit aux prestations se déterminait exclusivement d'après la convention des parties: il convient ainsi de se référer à la police d'assurance et aux conditions générales, le demandeur devant démontrer qu'il fait partie des assurés.

En l'espèce, la police dont se prévaut le demandeur est une assurance collective perte de salaire en cas de maladie selon la LCA pour le personnel non-soumis à la LAA (cf p. 6 de la police). L'art. 1 des conditions du contrat confirmait que cela vise les personnes qui ne sont pas des travailleurs au sens de la LAA. Comme il est soumis à l'assurance accidents obligatoire suisse et qu'il a reçu des prestations de la SUVA à la suite de l'événement du 4 mai 2018, le demandeur n'est pas couvert par cette police. Selon la confirmation du GAP lors de l'instruction de la Chambre des assurances sociales, il n'y avait pas d'autre police d'assurance, ni d'autres conditions générales applicables. Le demandeur fait partie du personnel de l'entreprise ABAZI, mais pas des personnes assurées selon l'art. 1 CGA.

Le demandeur n'avait pas prouvé l'étendue de son dommage, c'est-à-dire sa perte de salaire effective. Son allégation d'aide-peintre à plein temps avec un salaire horaire de CHF 28.- était en contradiction avec les renseignements du GAP selon lesquels il était à temps partiel. En outre, l'entreprise L_____ n'avait jamais remis les documents sollicités par la Chambre des assurances sociales. Les montants des certificats de salaires ne correspondaient pas à ceux annoncés par l'entreprise. Le demandeur ne démontrait pas qu'il exerçait une activité lucrative en Suisse avant mars/avril 2018 et a fortiori ne démontrait pas qu'il aurait continué d'en exercer une, même sans la survenance de la maladie. Il n'était pas au bénéfice d'une autorisation de séjour valable, celle figurant au dossier étant échue; il ne démontrait pas disposer d'une autorisation de séjour valable entre le 5 juillet 2019 et le 31 mai 2020, période pendant laquelle il réclamait des prestations d'indemnités journalières. Il ne s'était

pas inscrit au chômage à la suite de la résiliation de son contrat de travail, et même après avoir retrouvé sa capacité de travail. Lors de son audition, il avait refusé de collaborer et de répondre aux questions du Conseil de la défenderesse.

A titre subsidiaire, aucune indemnité journalière ne serait due. Selon les pièces, le demandeur n'avait perçu que CHF 2'660.- pour le mois de mars 2018 et CHF 3'594.- pour le mois d'avril 2018. Sa moyenne de salaire sur les 12 derniers mois s'élevait donc à CHF 520.-; l'indemnité journalière due s'élèverait à CHF 17.- par jour. Or, le demandeur percevait des prestations de l'Hospice général pour environ CHF 3'000.- par mois. Le demandeur n'aurait donc droit à aucune indemnité journalière.

Selon les conditions générales d'assurance, l'incapacité de travail n'était prise en charge que si elle atteint un taux minimal de 50%; la preuve d'une incapacité de travail après le 15 juillet 2019 n'était pas donnée; en effet, la défenderesse avait mis fin aux prestations après l'expertise médicale du Dr B_____ du 28 mai 2019: selon cette expertise, la capacité de travail du demandeur était de 80%; l'incapacité de travail de 20% ne donnait donc droit à aucune prestation de la part de la défenderesse. L'attestation médicale du Dr D_____, produite par le demandeur, ne contredirait pas celle du Dr B_____. Enfin, l'absence de preuve d'incapacité de travail du demandeur résultait aussi du dossier de la SUVA, dont il résultait que cette dernière avait cessé de verser des prestations parce que le demandeur ne présentait plus une incapacité de travail étayée. Le demandeur avait donc échoué à démontrer qu'il souffrait d'une incapacité de travail causée par une maladie.

Enfin, la défenderesse avait découvert lors de l'instruction du dossier que le demandeur avait cotisé auprès de l'OCAS pour un "*salaire*" de CHF 4'702.- en 2019. Ce fait avait été dissimulé à la défenderesse. Cette activité démontrait qu'il n'était pas en incapacité de travail aux taux allégués; de plus, le gain réalisé aurait dû être déduit des indemnités journalières dues. Il réalisait les conditions d'application de l'art. 40 LCA et avait donc agi avec conscience et volonté d'induire l'assureur en erreur.

Au fond, la défenderesse persistait dans ses conclusions.

65. Le 10 février 2022, les parties ont dupliqué.

66. Le demandeur considère que la défenderesse avait échoué à prouver que les CGA devaient être interprétées comme couvrant uniquement les personnes qui ne sont pas des travailleurs au sens de la LAA. Interrogé par le Tribunal quant à l'étendue du cercle des personnes assurées, le GAP avait répondu que tout le personnel de l'entreprise L_____ était assuré par la police 14.462.348. La réponse du cocontractant de l'assurance était claire et sans ambiguïté: tous les employés étaient couverts et non uniquement la catégorie limitée des travailleurs non soumis à la LAA. Le GAP avait produit le récapitulatif nominatif des travailleurs de l'entreprise L_____ couverts par la police; ces travailleurs étaient soumis aux assurances sociales en Suisse et donc soumis à la LAA.

La défenderesse ne se prononce pas sur le fait que la fiche d'information détaillée, jointe au contrat, prévoyait explicitement que la couverture d'assurance débutait au moment de l'expiration de l'assurance obligatoire selon la LAA.

La défenderesse ne s'exprimait pas non plus sur le fait qu'elle avait conclu un contrat-cadre avec le GAP concernant des indemnités journalières maladie et accident, avec 16 produits d'assurance pour différents groupes professionnels.

La défenderesse ne se prononçait pas sur le fait que, selon son interprétation des CGA, le produit d'assurance serait totalement inutile à une entreprise de construction membre du GAP. En effet, si on excluait de la couverture d'assurance toutes les personnes soumises à la LAA, on excluait de facto tous les travailleurs travaillant en Suisse pour une entreprise suisse. Selon l'interprétation de la défenderesse, les travailleurs couverts selon l'art. 1 CGA seraient uniquement des travailleurs travaillant en Suisse à un taux partiel, avec une activité dans un autre Etat membre à un taux plus important, soit un cas marginal de travailleurs frontaliers à un taux partiel; un travailleur détaché en Suisse par une entreprise ayant son siège dans un autre Etat membre que la Suisse; des travailleurs non employés en Suisse qui voyagent à l'étranger pour y être engagés. Si la Chambre des assurances sociales retenait cette interprétation, il serait indispensable d'interpeller le GAP sur cette interprétation de la police.

Il ressortait des plaidoiries finales que la défenderesse ne savait pas comment expliquer le fait qu'elle avait presté en faveur du demandeur alors que ce dernier ne devrait pas être couvert selon son interprétation des CGA. L'argument de l'absence de couverture d'assurance n'avait été relevé que dans le cadre de la procédure judiciaire. Le demandeur était donc bien couvert par la police d'assurance.

S'agissant de son contrat de travail, le demandeur l'avait signé le 12 mars 2018 avec l'entreprise L_____ pour une activité à plein temps (41h par semaine) au tarif de CHF 28.- par heure; il avait reçu des fiches de salaire pour mars 2018 (salaire net de CHF 2'564.65) et d'avril 2018 (salaire net de CHF 3'366.20); le salaire avait été payé selon les décomptes bancaires produits. La SUVA avait versé des indemnités journalières du 4 mai au 21 octobre 2018 à hauteur de CHF 141.75 par jour calendaire, soit correspondant à un salaire mensuel de CHF 5'404. Le GAP avait confirmé que le demandeur avait été annoncé pour un salaire 2018 de CHF 8'525.40, étant précisé qu'un salaire de CHF 672.- avait été versé pour le mois de mai 2018, avant l'accident litigieux. Les montants ressortant des fiches de salaire correspondaient aux montants ressortant des courriers du GAP.

Les autres points des plaidoiries finales de la défenderesse étaient hors sujet, vu l'ordonnance de limitation de la procédure. Ces autres points devaient encore faire l'objet d'une mesure d'instruction. En tout état, le demandeur ne pouvait pas s'inscrire à l'assurance-chômage dans la mesure où il était en incapacité de travail. Les éléments médicaux devaient être instruits, la position de la défenderesse étant contestée.

Le point 9.2 du contrat-cadre du GAP indiquait explicitement que l'indemnité journalière était calculée sur la base du salaire en vigueur lors de l'incapacité de travail. Il était contesté que le demandeur aurait un salaire irrégulier ou réduit. En tout état, il conviendrait de prendre en compte la moyenne annualisée depuis le 12 mars 2018.

Enfin, la défenderesse était de mauvaise foi en déduisant de ses prestations le montant des prestations d'assistance sociale. Il s'agissait de prestations subsidiaires

et non concurrentes. Le montant des prestations demandées à la défenderesse devait être versé au demandeur sous déduction de la part correspondant au montant avancé par l'Hospice général. De plus, le montant ressortant des décomptes de l'Hospice général ne pouvait être retenu dans son entier, dans la mesure où ces montant concernaient l'assistance pour trois personnes.

Enfin, le demandeur contestait toute prétention frauduleuse au sens de l'art. 40 LCA.

67. La défenderesse explique que le demandeur n'avait pas démontré que son cas était couvert par la police d'assurance 14.462.348, l'existence d'une perte de revenus et son lien de causalité avec son incapacité de travail, l'étendue de son dommage et la quotité des indemnités journalières qui lui seraient dues, l'existence d'une incapacité de travail à un taux lui donnant droit à des indemnités journalières.

Les pièces et les courriers du GAP étaient en contradiction avec les conditions générales d'assurance, dont il ressortait que le demandeur n'était pas couvert.

Le demandeur n'avait pas démontré la réalité de ses rapports de travail avec son employeur; aucun représentant de l'employeur n'avait été entendu; l'entreprise n'avait fourni aucune pièce requise, c'est-à-dire ni le relevé des heures, ni le détail des lieux d'intervention. Il existait de nombreuses contradictions dans les pièces, s'agissant du taux d'activité et du salaire. Aucun témoin n'avait été entendu sur le détail de son travail de très courte durée au sein de l'entreprise. Enfin, il ne disposait d'aucun permis de travail valable.

Le demandeur n'avait pas non plus démontré l'étendue et la quotité de l'indemnité journalière qui lui était due. Subsidiairement, comme démontré dans ses plaidoiries finales, le montant de l'indemnité s'élèverait à CHF 17.- par jour.

Le demandeur n'avait pas non plus démontré que sa perte de salaire soit en lien de causalité avec son incapacité de travail. Il n'exerçait aucune activité lucrative régulière avant d'arriver en Suisse. Il ne disposait pas d'une autorisation de séjour valable et ne s'était pas inscrit au chômage. Sa perte de salaire n'était pas liée à sa prétendue incapacité de travail, mais à des causes externes.

Le demandeur n'avait pas non plus démontré l'existence d'une incapacité de travail couverte par le contrat d'assurance perte de gain maladie d'au moins 50%. Les certificats médicaux des médecins traitants du demandeur ne suffisaient pas à prouver l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 50% en raison d'une maladie. La SUVA avait aussi cessé de verser des prestations parce que le demandeur ne présentait plus d'incapacité de travail liée à l'événement assuré.

La défenderesse avait invoqué l'art. 40 LCA car le demandeur avait cotisé en 2019 alors qu'il réclamait parallèlement des indemnités journalières pour cette même période. L'invocation de l'art. 40 LCA ne nécessitait aucune modification des conclusions, dès lors que la défenderesse concluait au déboutement. Le demandeur faisait valoir que le montant de ses cotisations observées sur le courrier du GAP correspondrait à des cotisations individuelles, mais il n'avait produit aucune pièce démontrant qu'il aurait cotisé de manière individuelle auprès du GAP. Cette hypothèse semblait invraisemblable puisque le demandeur était pris en charge par l'Hospice général.

68. Par avis du 11 février 2022, les parties ont été informées que la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

Compétence territoriale et matérielle ; procédure

1. La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, statuant en instance unique (art. 7 du Code de procédure civile, du 19 décembre 2008 – CPC), est compétente à raison du lieu (art. 10, al. 1, lettre a CPC) et de la matière (art. 134, al. 1, lettre c LOJ) pour statuer sur les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale.

2. Ces litiges sont instruits selon les règles du CPC, indépendamment de la valeur litigieuse, en procédure simplifiée (art. 243, al. 2, lettre f CPC). Les faits sont établis d'office (art. 247 al. 2, let. a CPC).

3. Les conditions générales d'assurance (CGA) pour l'assurance de personnes ZURICH TECTA, police 14.462.348 (assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA pour le personnel non soumis à la LAA), fournies tant par le demandeur que par le Groupement patronal et dont le numéro de police est concordant avec toutes les écritures (même si la défenderesse conteste l'applicabilité de l'assurance au demandeur, question qui sera reprise ci-dessous) prévoient, à l'art. 40 que les dispositions suivantes constituaient les bases du contrat : [1] les dispositions figurant dans la police, les conditions contractuelles et les avenants éventuels ; [2] les déclarations écrites que le proposant ou les personnes assurées remettaient dans la proposition et dans d'autres écrits. Pour le surplus, la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1) était applicable.

4. Le Groupement patronal et ses entreprises membres (en tant que preneurs d'assurance) et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la personne assurée était couverte contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA ; ATF 141 III 112 consid. 4.3 ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 3a).

5. La défenderesse conteste cependant que le demandeur était visé par la police d'assurance concernée. Il y sera revenu ci-dessous.

Limitation de la procédure

6. Pour simplifier le procès, le tribunal peut notamment limiter la procédure à des questions ou des conclusions déterminées (art. 125, lettre a CPC).

7. Par ordonnance du 28 mai 2021, la Chambre des assurances sociales a limité l'instruction de la cause à la question de savoir si le demandeur est une personne assurée par une prestation d'assurance proposée par la défenderesse.

Mesures d'instruction

8. La défenderesse considère que le demandeur n'a pas prouvé l'application de l'assurance.

9. 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, 424 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, 238 consid. 4a ; ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 3.1 ; ATAS/668/2020 du 18 août 2020, consid. 4).

10. La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.441/2006 du 23 mars 2007 ; consid. 4.3.1 ; 4C.140/2006 du 14 août 2006, consid. 3.1 ; 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 139 III 7, 9-10 consid. 2.2 ; ATF 130 III 321, 323 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18, 24 consid. 2.6). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219, 223 consid. 3c ; ATF 119 III 60, 63 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 129 III 18, 25 consid. 2.6 ; ATF 121 V 150, 154 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219, 223 consid. 3c ; ATF 119 III 60, 63 consid. 2c). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 137 III 268, 282 consid. 3 ; ATF 132 III 626, 634 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa ; ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 3.1 ; ATAS/668/2020 du 18 août 2020, consid. 4 ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 9).

11. En l'espèce, après avoir donné la possibilité aux parties de s'exprimer (et elles en ont fait usage), la Chambre de céans a requis des renseignements écrits auprès du

Groupement patronal et de la Caisse cantonale de compensation. De plus, deux audiences d'interrogatoires des parties ont eu lieu.

L'entreprise L_____ n'a pas répondu aux questions posées. Les pièces fournies par les parties et les réponses du Groupement patronal et de la Caisse cantonale de compensation, ainsi que les pièces produites par eux, permettent cependant à la Chambre de céans de statuer sur la question. L'absence de réponses de l'entreprise L_____ sur les horaires et lieux de travail du demandeur n'est pas décisive, s'agissant de l'applicabilité ou non de la police d'assurance de la défenderesse au demandeur.

Fond

12. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 5.1 ; ATAS/761/2017 du 5 septembre 2017, consid. 17). La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410, 413 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675, 681 consid. 3.3 ; ATAS/761/2017 du 5 septembre 2017, consid. 17). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675, 681-682 consid. 3.3; ATF 122 III 118, 121 consid. 2a ; ATAS/761/2017 du 5 septembre 2017, consid. 17).

13. La validité des conditions générales d'affaires préformées doit être limitée par la règle dite de l'inhabituel, ou de l'insolite (Ungewöhnlichkeitsregel), en vertu de laquelle sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (ATF 135 III 1, 7 consid. 2.1 ; ATF 119 II 443, 445-446 consid. 1a ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 4c). Pour qu'une clause soit considérée comme insolite, il ne suffit pas que le contractant soit inexpérimenté dans la branche économique en question; il faut en plus de ce critère subjectif que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 135 III 1, 7 consid. 2.1 ;

ATF 119 II 443, 446 consid. 1a; ATF 109 II 452, 458 consid. 5b ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 4c).

14. Les questions qui se posent sont de savoir si :
    a) le contrat d'assurance 14.462.348 s'applique à la situation du demandeur, ce qui implique :
        a. l'existence d'un contrat de travail (contestée par la défenderesse) ;
        b. la clarification de la question de son applicabilité uniquement au personnel non soumis à la LAA (cf art. 1 CGA) ;
        c. la mention du demandeur sur la liste du preneur d'assurance (cf art. 2 CGA)
    b) alternativement, un autre contrat d'assurance s'applique à la situation du demandeur.

15. En prenant les questions dans l'ordre inverse, on constate tout d'abord qu'il ressort des déclarations concordantes de la défenderesse et du Groupement patronal que la police d'assurance 14.462.348 est la seule qui peut fonder des prétentions du demandeur. Seule cette police doit donc être examinée.

16. Il est également constaté que le demandeur (né en 1985) figure dans le décompte d'assurance maladie de la Caisse de compensation du GGE (pièce 2 Groupement), avec un salaire brut de CHF 8'523.40, étant rappelé que la défenderesse ne dispose pas d'une liste nominative des personnes assurées. A contrario, la mention du demandeur sur la liste du tiers neutre (Groupement patronal) est un indice très fort de sa couverture par l'assurance litigieuse.

    La récapitulation par collaborateur comprend une fiche (pièce 3, page 2 Groupement) concernant le demandeur, dont la date de naissance (13 janvier 1985) correspond à celle du demandeur; cette fiche récapitulative mentionne un salaire brut de CHF 3'262.- en mars 2018, CHF 4'213.- en avril 2018, CHF 600.- en mai 2018 et CHF 655.40 en décembre 2018 (13ème salaire). Le salaire payé est de CHF 2'564.65 pour mars 2018, CHF 3'365.20 pour avril 2018, de CHF 324.60 pour avril 2018 et de CHF 536.- pour décembre 2018. Il y a aussi des contributions au 2ème pilier décomptées entre juin et novembre. Le total annuel de CHF 8'523.40 correspond à celui du décompte (pièce 2 Groupement).

    Le montant du salaire brut (CHF 3'262.-) et net (CHF 2'564.65) pour mars 2018 de la récapitulation par collaborateur (pièce 3, page 2 Groupement) correspond aux chiffres sur le décompte salaire fourni par le demandeur (pièce 19, p. 1 dem.). Le montant de CHF 2'564.65 figure aussi, à la date du 5 avril 2018, sur le relevé CREDIT SUISSE fourni par le demandeur (pièce 28 dem.).

    Le montant du salaire brut (CHF 4'213.-) et net (CHF 3'365.20) pour avril 2018 de la récapitulation par collaborateur (pièce 3, page 2 Groupement) correspond aux chiffres sur le décompte salaire fourni par le demandeur (pièce 19, p. 2 dem.). Le montant de CHF 3'365.20 figure aussi, à la date du 11 mai 2018, sur le relevé CREDIT SUISSE fourni par le demandeur (pièce 28 dem.).
    Même si l'entreprise L_____ n'a pas répondu aux questions de la Chambre de céans s'agissant du relevé des heures, avec lieu de l'intervention, il résulte d'informations concordantes provenant de 3 sources différentes (relevé bancaire,

bulletin de salaire, décompte de prestations) que le demandeur a perçu un salaire (après déductions sociales) pour les mois de mars et avril 2018.

La requête de rectification du procès-verbal du 30 avril 2021 n'a donc même pas d'importance, puisque les pièces confirment ce que la défenderesse avait admis, avant de le contester quelques jours plus tard.

L'existence d'un contrat de travail et la mention du demandeur sur la liste du preneur d'assurance (art. 2 CGA) sont donc acquises.

17. Il résulte aussi de l'avenant du 23 décembre 2016 à la police d'assurance no 14.462.348 que l'ensemble du personnel d'exploitation de l'entreprise L_____ est assuré pour des indemnités journalières pour le risque "*maladie*", avec comme prestations "*80% du salaire*", après un délai d'attente de 2 jours (pièce 1 Groupement). Même si le document mentionne que "*cet avenant fait partie intégrante du contrat-cadre, les autres conditions demeurent inchangées*", rien n'est mentionné sur le fait que cela ne viserait que le personnel non assuré à la LAA. Bien au contraire, le document mentionne "*l'ensemble du personnel d'exploitation*", cette mention étant au surplus soulignée.

18. Il faut aussi tenir compte du fait que c'est la défenderesse qui a fourni le contrat d'assurance 14.462.348 et qui a – avant de s'interrompre – versé 264 indemnités journalières de CHF 141.70 chacune, soit un total de CHF 37'408.80, pour la période du 24 octobre 2018 au 14 juillet 2019, pour une incapacité de travail de 100%.

19. Le 17 juin 2021, la Chambre des assurances a posé la question no 3 suivante au Groupement patronal: "*3. Quel était en 2018 l'étendue du cercle des personnes assurées (tout le personnel ou uniquement le personnel non soumis à la LAA) auprès de ZURICH ASSURANCE, quel que soit le numéro de la police d'assurance ?*". Le 28 juin 2021, le Groupement patronal a répondu: "*3. En 2018, tout le personnel de l'entreprise L_____ était assuré par la police d'assurance 1_____ avec la Zurich Assurance. Nous vous remettons copie du récapitulatif nominatif pour 2018 ("décompte assurance maladie")*".

Il résulte donc de la position du Groupement patronal et de ses annexes que l'entreprise L_____ et le demandeur étaient assurées par la police 1_____.

20. Ce constat objectif se heurte cependant au texte clair des conditions générales de la police 14.462.348, qui prévoit que cette assurance ne vise que le "*personnel non soumis à la LAA*". Il y a donc une contradiction entre les différents documents qu'il convient de résoudre. En premier lieu, dès lors que le demandeur se prétend certes assuré, mais n'a pas signé lui-même de contrat avec la défenderesse, on ne peut pas reprocher au demandeur de ne pas avoir lu les conditions générales ou de se considérer comme lié par un contrat qui ne le lierait pas. Ainsi, le comportement du demandeur est sans influence sur l'effectivité de la conclusion du contrat.
En deuxième lieu, on peut se demander pourquoi le Groupement patronal conclurait une assurance complémentaire maladie avec une prime annuelle de CHF 495'624.-, si l'essentiel du personnel devait être exclu. De même, la question se pose pourquoi l'entreprise L_____ aurait versé en 2018 une prime de CHF

10'135.90 sur une masse salariale totale de CHF 217'978.90, si ladite assurance ne devait pas s'appliquer. On peine donc à comprendre la pertinence d'une telle assurance. Il est probable que la clause "*non soumis à la LAA*" résulte initialement d'une erreur de plume; elle ne peut cependant pas être reprochée au preneur d'assurance, et en tout cas pas au demandeur. D'ailleurs, la défenderesse elle-même avait commencé à verser des prestations au demandeur, ne remettant celles-ci en cause qu'en raison de la durée de sa maladie.

En troisième lieu, il faut considérer que l'art. 1 CGA est une clause insolite. En effet, une telle limitation du champ d'application de la police (même si le titre sur la même page mentionne effectivement le personnel non assuré LAA et que cela figure aussi en page 6 "primes") ne concorde pas avec les autres éléments de la police, qu'il s'agisse de la page de titre, de l'"*information client*" (p. 1), des informations sur le contrat (p. 3), de l'aperçu des primes et du groupe de personnes ("*l'ensemble du personnel ayant choisi un délai d'attente de 2 jours*") (p. 4) ou des prestations (p. 5). Le preneur d'assurance n'a aucun intérêt pratique à conclure une assurance avec un champ d'application aussi limité, d'autant plus qu'il n'y a pas d'autres assurances. Une assurance pour le "*personnel non assuré LAA*" aurait un sens s'il y avait simultanément une assurance pour le "*personnel assuré LAA*".

21. En reprenant les trois questions ci-dessus, la Chambre de céans admet qu'il y a eu un contrat de travail entre le demandeur et l'entreprise L_____, en particulier en raison de l'existence du document "papier" contrat de travail, des bulletins de salaire confirmés par le décompte bancaire, de l'annonce de l'activité à la Caisse cantonale de compensation et par la mention du demandeur sur la liste du Groupement patronal.

Le champ d'application personnel du contrat d'assurance a été tranché ci-dessus, n'étant pas limité aux personnes non assurées à la LAA.

La mention du demandeur sur la liste du preneur d'assurance est également donnée, selon les documents fournis par le Groupement patronal.

22. Vu ce qui précède, il en résulte donc que le demandeur est soumis au contrat d'assurance 14.462.348. La procédure se poursuivra par des mesures d'instruction faisant l'objet d'une ordonnance de preuves séparée.

Frais et dépens

23. Il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 114, lettre e CPC).

24. Il n'est pas prélevé de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la charge de l'assuré, dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, y compris celles servies par les entreprises d'assurance soumises à la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurances, du 17 décembre 2004 (art. 22, al. 3, lettre b LaCC).

25. Le sort des frais sera traité dans la décision finale.

Voie de droit

26. Dès lors que la Chambre de céans a limité la procédure à la question de savoir si le demandeur est une personne assurée par une prestation d'assurance proposée par la défenderesse et que la réponse est affirmative, il convient encore de déterminer si la présente décision est une décision partielle au sens de l'art. 91 LTF ou une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF.

27. Selon la jurisprudence, la décision partielle statue définitivement sur une partie de ce qui est demandé, alors que cette partie aurait pu donner lieu à un procès séparé et qu'il n'y a pas de risque de contradiction avec ce qui reste à juger (BERNARD CORBOZ, in Commentaire de la LTF, 2e éd. 2014, n° 10a ad art. 91 LTF; ATF 141 III 395 consid. 2.2 et 2.4; 135 III 212 consid. 1.2.1 à 1.2.3; arrêts 5A_129/2020 du 13 juillet 2021, consid. 1.2.2 ; 4A_558/2020 du 18 mai 2021 consid. 1.1; 4A_257/2018 du 24 octobre 2018 consid. 1.3.1).

28. Selon l'arrêt TF 4A_142/2014 du 2 octobre 2014, consid. 2: "*L'art. 125 let. a CPC habilite le tribunal ou le juge instructeur à limiter la procédure à des questions ou à des conclusions déterminées, cela notamment dans la perspective de régler séparément certaines des prétentions en cause, par une décision partielle, ou de régler séparément certaines questions de fait ou de droit par une décision incidente selon l'art. 237 CPC (Nina Frei, in Commentaire bernois, n° 3 ad art. 125 CPC; Julia Gschwend et Remo Bornatico, in Commentaire bâlois, nos 7 et 8 ad art. 125 CPC). Le juge instructeur a ainsi la faculté de limiter la procédure; même si les parties l'en requièrent et sous réserve d'un abus de son pouvoir d'appréciation, il n'en a aucunement l'obligation. En particulier, l'art. 125 CPC n'exclut pas que le tribunal rende une décision partielle, relative à certaines prétentions, ou incidente, relative à certaines questions de fait ou de droit, alors même que la procédure n'a pas été préalablement ni formellement limitée. L'art. 133 let. e CPC n'impose pas non plus d'annoncer l'éventualité d'une décision partielle ou incidente dans la citation aux débats*".

29. Selon des anciennes définitions relevant de l'OJ (ATF 132 III 785, 789 consid. 2) :

- Une décision est **préjudicielle** ou incidente au sens de l'art. 50 al. 1 OJ lorsque, sans mettre fin au procès, la juridiction cantonale tranche définitivement le sort d'une condition de fond ou de procédure préliminaire à la décision finale, que ce soit expressément dans le dispositif ou en renvoyant la cause à l'instance précédente pour nouvelle décision dans le sens des considérants (ATF 127 III 433 consid. 1b/bb; ATF 105 II 218 consid. 1a; JEAN-FRANÇOIS POUDRET, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. II, n. 2.1.1 in fine ad art. 50 OJ, p. 344 s.).

- Une décision **partielle** est celle qui statue, de manière finale, sur un ou plusieurs chefs d'une demande, mais renvoie l'examen d'un ou plusieurs autres à une décision ultérieure (ATF 124 III 406 consid. 1a). Selon une autre définition, la décision partielle proprement dite est celle qui statue sur une partie quantitativement limitée de la prétention litigieuse ou sur l'une des prétentions en cause - en cas de cumul objectif ou subjectif d'actions ou lorsqu'une demande reconventionnelle a été formée (arrêt 4C.314/2003 du 9

mars 2004, consid. 2.2; cf. également arrêt 4C.122/2001 du 15 mai 2001, consid. 2a).

30. En l'occurrence, la présente décision concerne l'examen de la condition du champ d'application de l'assurance qui ne porte pas sur une prétention séparée. La présente décision est donc une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

1. Rejette la requête du 7 mai 2021 de rectification du procès-verbal du 30 avril 2021.
2. Dit que M. A_____ est une personne assurée par le contrat d'assurance 1_____ de ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA.
3. Fixe la suite de la procédure par ordonnance séparée.
4. Dit que les frais seront traités dans la décision finale.
5. 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), s'il respecte les exigences de recevabilité de l'art. 93 LTF liées à la décision incidente. 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
Marguerite MFEGUE AYMON	David HOFMANN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le