RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2859/2019 **ATAS/902/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 6 septembre 2021

10ème Chambre

En la cause

A_____ SÀRL, sise à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI	demanderesse

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Richtiplatz 1, WALLISELLEN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA	défenderesse

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. A_____ Sàrl (ci-après : l'entreprise, la société ou la demanderesse), inscrite le _____2014 au registre du commerce (ci-après : RC) de Genève, a pour but l'exploitation d'une entreprise générale du bâtiment, étude et exécution de travaux concernant la construction de bâtiments, transformation, rénovation ainsi que tous travaux de peinture, plâtrerie, décoration, démolition, pose de carrelage de parquet. Dès sa constitution, elle a été administrée par Madame B_____ (C_____ depuis son mariage le 30 septembre 2015), née le _____ 1994, associée gérante avec signature individuelle et détentrice de l'intégralité des parts sociales de l'entreprise (200 parts à CHF 100.-).

   Selon une offre signée le 13 février 2014 acceptée le 17 février 2014, la société avait souscrit une police d'assurance-maladie collective perte de gain selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : ALLIANZ, l'assurance ou la défenderesse), conclue pour une durée de trois ans débutant le 1er mars 2014 et arrivant à échéance le 1er janvier 2017.

2. À dater du 1er mars 2017, l'entreprise a engagé Monsieur D_____, en qualité de technicien, pour une durée indéterminée, pour un salaire mensuel de CHF 7'500.- et un taux d'occupation de 100 %, étant précisé à ce stade que la date de signature du contrat et le montant du salaire (avec ou sans 13ème salaire et date d'engagement) sont litigieux.

3. Le 5 novembre 2017, la société a adressé à l'assurance une déclaration de maladie concernant M. D_____, en incapacité totale de travail dès le 2 octobre 2017 pour des problèmes de cervicales, son médecin traitant étant le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.

4. Le 5 août 2019, A_____ Sàrl a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS ou la chambre de céans) d'une demande en paiement : elle concluait à ce qu'ALLIANZ soit condamné à lui verser les sommes de CHF 104'428.87 (indemnités journalières d'un montant de CHF 246.58) avec intérêts à 5 % l'an dès l'échéance moyenne du 15 septembre 2018, toutes prestations relatives à l'incapacité de travail de M.D_____, jusqu'à ce que ce dernier soit apte à reprendre un emploi à 100 %, mais au plus tard jusqu'à l'épuisement de son droit aux prestations, la somme de CHF 111.20, à la réserve des droits de la demanderesse à l'encontre de la défenderesse dès le 1er août 2019, le tout avec suite de frais et dépens.

   En substance, selon une offre signée le 13 février 2014 acceptée le 17 février 2014, la société avait souscrit une police d'assurance-maladie collective perte de gain LCA auprès d'ALLIANZ pour une durée de trois ans débutant le 1er mars 2014 et arrivant à échéance le 1er janvier 2017, qui prévoyait notamment une somme des salaires de CHF 70'000.- pour des hommes jusqu'à 70 ans uniquement, et un salaire maximal assuré par personne et par année de CHF 300'000.- pour une durée de

730 jours, avec un délai d'attente de trois jours. Cette police avait été modifiée selon une offre signée le 14 juillet 2017, portant la masse salariale à CHF 150'000.- pour des hommes jusqu'à 70 ans uniquement, le salaire maximum assuré étant toujours de CHF 300'000.- par employé, pour une durée de prestations maximale de 730 jours, avec un délai d'attente de trois jours. Depuis le 2 octobre 2017, M. D_____ était toujours en incapacité totale de travail. En résumé, dès l'annonce du sinistre, l'assurance avait tergiversé et temporisé pour éviter de fournir les prestations dues en faveur de la personne assurée, ceci sous divers prétextes : mise en doute d'une réelle activité de la demanderesse, multiplication des demandes de justificatifs, tergiversations jusqu'au 28 juin 2018 : ce jour-là, par un premier courriel, l'assurance reconnaissait devoir à l'assuré des indemnités journalières (ci-après : IJ) pour la période du 14 au 23 novembre 2017, soit 10 jours d'IJ correspondant à CHF 2'466.-; à réception de ce décompte et retour de courriel du conseil de la demanderesse, l'assurance, invitée à renseigner la société sur la suite de la période d'indemnisation, dans la mesure où l'assuré était toujours en incapacité de travail, avait adressé, par courriel également, un deuxième décompte du même jour, pour la période du 24 novembre au 31 mai 2018 soit 189 jours d'IJ correspondant à la somme de CHF 46'604.-, sous réserve de la réception des arrêts de travail pour la période concernée; enfin par un troisième courriel du même jour, l'assurance indiquait verser uniquement les arrêts continus, et à ce titre, dans la mesure où elle devait examiner « la rechute du 22 février (recte : janvier) 2018 », elle rectifiait le deuxième décompte, en l'arrêtant à la période du 24 novembre au 22 janvier 2018 soit 60 jours, pour un montant de CHF 14'795.-. Le lendemain, le conseil de la demanderesse avait adressé à l'assurance la totalité des arrêts successifs de travail montrant qu'il y avait continuité dans l'incapacité totale de travail dès le 2 octobre 2017. L'assurance avait à nouveau tergiversé, après la production par le conseil de la demanderesse - par mail du 6 juillet 2018 - d'une attestation du médecin traitant certifiant que la capacité de travail (ci-après : CT) était restée nulle dès le 2 octobre 2017 et continuait à courir jusqu'au 31 juillet 2018, et qu'il n'y avait ainsi jamais eu de rechute : l'assurance avait alors indiqué qu'elle devait se renseigner auprès du médecin traitant avant de prendre une décision. L'assurance était revenue ensuite vers le conseil de la demanderesse, en indiquant qu'il manquait désormais un nouveau document intitulé « déclaration pour le décompte définitif de prime 2017 » (adressé à la société le 30 novembre 2017 mais jamais retourné à l'assurance). À réception de ce document qui montrait que le revenu brut de la personne assurée s'était élevé à CHF 52'500.- en 2017, montant correspondant à sept mois de salaire à CHF 7'500.-, de mars à septembre 2017, l'assurance avait accusé réception de ce document, rappelant qu'elle n'avait jamais reçu cette déclaration de salaire 2017 pour le décompte définitif des primes de cette année-là, et qu'à lecture du document reçu, elle constatait que le salaire annuel n'était pas de CHF 7'500.- par mois comme indiqué dans l'annonce de maladie mais de CHF 52'500.- annuels, pour un seul homme assuré. Elle annonçait dès lors que ses décomptes de prestations seraient corrigés. Visiblement pas

convaincue par les renseignements médicaux qu'elle avait sollicités du Dr E_____, l'assurance avait fait convoquer l'assuré à Berne afin de procéder à une expertise réalisée par le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, l'examen ayant eu lieu à Berne, le 17 septembre 2018. L'assuré, respectivement la société, avait dû débourser la somme de CHF 111.20, prix d'un billet aller-retour en train, deuxième classe, que l'assurance n'avait jamais remboursé. Par courrier du 12 septembre 2018, l'assurance avait estimé devoir verser à la société la somme de CHF 37'941, correspondant à une incapacité de travail à 100 % pour la période du 23 janvier au 31 juillet 2018, le décompte d'indemnités journalières étant établi sur la base d'un salaire mensuel brut de CHF 6'562.50. Ce montant avait effectivement été versé sur le compte bancaire de la demanderesse. Ce décompte avait été contesté, au motif que le salaire brut mensuel de l'assuré était de CHF 7'500,-, déterminant un montant total pour la période concernée, au titre d'indemnité journalière, de CHF 86'306.50, alors que la demanderesse n'avait reçu que CHF 59'300.25. Le solde de CHF 27'006.25 réclamé avait abouti à une fin de non-recevoir. Le 22 novembre 2018, ALLIANZ avait indiqué à la demanderesse que le Dr F_____ (ci-après : l'expert) estimait qu'il n'existait aucune raison de maintenir l'incapacité de travail totale, raison pour laquelle l'assurance ne poursuivrait pas le versement des prestations. Sur demande du conseil de la société, l'assurance lui avait adressé une copie du rapport d'expertise du 29 octobre 2018 : il en ressortait qu'un arrêt de travail à 100 % n'était « pas justifié, mais inadmissible ». C'était la raison pour laquelle l'expert déclarait l'assuré « apte au travail à 100 % dès à présent ». L'expert avait également affirmé que « médico-théoriquement, à mon avis une reprise du travail à 100 % après l'examen du neurologue le 28 novembre 2017 aurait été exigible ». Le médecin traitant - à qui le rapport d'expertise avait été soumis - considérait que « *ce rapport est basé sur un ton ironique inacceptable pour un expert professionnel de la santé* » et que « *l'expert, à défaut de reconnaître l'importance d'un diagnostic majeur comme les troubles dépressifs chroniques (confirmé par ailleurs par un rapport psychiatrique, cf. copie jointe) il aurait dû se limiter dans ses conclusions à des constatations objectives émanant de son champ d'expertise (la neurochirurgie) sans porter un jugement moral "inadmissible" selon ses propres termes ou subjectif sur le plan de la souffrance purement clinique* ». Vu le ton hostile employé dans ce rapport, l'assuré s'opposait entièrement au rapport d'expertise. Suite à ce rapport, l'assurance avait fait savoir qu'elle n'accepterait plus aucun certificat d'arrêt maladie de l'assuré, alors que ce dernier était toujours en arrêt maladie. Au jour de la demande, ALLIANZ devait encore à tout le moins un montant de CHF 6'507.50 à l'assuré, correspondant à la différence entre le montant que l'assurance avait payé pour la période courant du 23 janvier au 31 juillet 2018 (basé sur un salaire mensuel de CHF 6'562.50) et le montant réellement dû conformément au salaire mensuel de CHF 7'500.-. ALLIANZ devait également à l'assuré un montant de CHF 67'500.- correspondant au salaire assuré pendant la période courant du 1er août 2018 au 30 avril 2019, période durant laquelle aucune prestation n'avait été versée. Au sujet des motifs justifiant ses prétentions, la demanderesse faisait valoir que le rapport

d'expertise du Dr F_____ étant d'une part imprécis et truffé d'incohérences, selon le médecin traitant, et d'autre part rédigé d'une manière hostile, on pouvait dès lors légitimement douter de l'impartialité de l'expert; de sorte que ce rapport n'avait pas valeur probante. Il convenait dès lors de se référer à l'avis du médecin traitant selon lequel l'assuré était toujours en incapacité de travailler. Dès lors, la défenderesse devait être condamnée à verser à l'assuré les prestations qui lui étaient dues jusqu'au jour de la demande, les prétentions de la demanderesse pour le futur devaient être réservées : depuis la survenance de la maladie (recte : l'incapacité de travail) le 2 octobre 2017, 667 jours s'étaient écoulés jusqu'au 1er août 2019, dont à déduire trois jours de délai d'attente, soit 664 indemnités journalières dues. L'indemnité journalière, fondée sur un salaire de CHF 7'500.- par mois, se montait à CHF 246.58, de sorte que le droit total de l'assuré au 1er août 2019 était de CHF 163'729.12, dont à déduire le montant de CHF 59'300.25 versé à ce jour par ALLIANZ, d'où un solde de CHF 104'428.87. Il y avait lieu d'y ajouter le remboursement des frais de déplacement de l'assuré auprès de l'expert, de CHF 111.20.

5. La défenderesse s'est déterminée par mémoire de réponse du 29 octobre 2019. Elle concluait sur le fond, au déboutement de la demanderesse de toutes ses conclusions, avec suite de dépens. S'agissant des faits allégués dans la demande, pour ce qui était de la police d'assurance litigieuse conclue en 2014, la défenderesse observait que le 2 février 2015, la demanderesse avait complété la déclaration pour la période de décompte du 1er mars au 31 décembre 2014 en précisant sous la rubrique « remarques » : « pas de personnel »; le 23 mars 2016, pour la période de décompte 2015, elle y avait également mentionné « pas de personnel, reprise en 2016 »; elle n'avait jamais adressé la déclaration des salaires 2016; l'offre de modification de la police d'assurance complétée par le preneur d'assurance le 14 juillet 2017 n'avait pas pu être acceptée par la défenderesse. Le contrat de travail produit par la société à l'appui de sa demande différait de celui qu'elle avait adressé à l'assurance par courriel du 11 janvier 2018 : la date d'établissement et de signature du contrat était différente (1er mars au lieu de 20 février 2017); salaire mensuel : CHF 7'500.-, au lieu de CHF 7'500.- + 13ème salaire); il y avait encore des divergences graphiques et de mise en page, et les signatures étaient différentes. Les fiches de paie produites pour les périodes de mars 2017 à septembre 2017 reprenaient par contre un salaire AVS de CHF 4'700.- sous les rubriques « déductions », mais l'on constatait des divergences significatives entre les décomptes de salaire produits à l'appui de la demande et ceux transmis à l'assurance le 11 janvier 2018 : en ce qui concerne le décompte de salaire de mars 2017, la demanderesse avait produit une fiche de paie avec un salaire de CHF 7'500.-; cette somme figurait également dans les rubriques de déductions alors que, sur le décompte de salaire produit dans le cadre de la présente procédure, c'était le montant de CHF 4'700.- qui apparaissait sous ces rubriques; l'indication dactylographiée « Payement cash Le 29 mars 2017 » ne figurait pas sur le document remis auparavant : sur le précédent, adressé à l'assurance à l'époque, figurait une annotation manuscrite faisant état d'un paiement

effectué le 28 mars 2017; le montant net était par ailleurs différent; les fiches de salaires des mois suivants comportaient également des divergences; enfin, dans les deux versions, aucune indemnité de panier ne figurait alors qu'elle aurait été contractuellement convenue; le 10 janvier 2018, l'assuré avait complété un questionnaire précisant qu'il avait pris ses fonctions auprès de la société le 1er juillet 2017; contrairement à ce que laisse entendre la demande, la déclaration de maladie avait été complétée et communiquée à la défenderesse le 5 novembre et non le 2 octobre 2017. Répondant systématiquement à chaque allégué, la défenderesse relevait une série d'anomalies supplémentaires - dont le détail sera évoqué, en tant que de besoin, ultérieurement -, légitimant selon elle les doutes qu'elle pouvait avoir notamment sur la réalité de l'activité de la société et sur le paiement effectif du salaire à l'assuré. S'agissant de la conclusion tendant au remboursement du billet de train aller-retour, non seulement la demanderesse n'avait jamais sollicité la prise en charge de ces frais par la défenderesse, avant la demande, mais la pièce produite par la demanderesse correspondait au calcul d'une offre, effectué le 23 avril 2019, et non d'un billet de train, pour un trajet effectué le 17 septembre 2018! Contrairement à ce qu'affirmait la demanderesse, c'était un montant de CHF 62'353.- qui avait été versé à la demanderesse dans le cadre de ce litige. La défenderesse a en outre commenté la teneur de l'expertise du Dr F_____, relevant notamment dans l'anamnèse que l'expertisé avait indiqué que depuis mars 2017, il travaillait comme conseiller technique dans une entreprise familiale. Dans cette entreprise, de son beau-fils et de sa fille, il était occupé avant tout au bureau avec des clients et le personnel, il faisait des contrôles aux chantiers, mais ne travaillait pas physiquement. S'agissant du rapport du Dr E_____ (critiquant le rapport d'expertise du Dr F_____), produit à l'appui de la demande, celui-ci n'avait pas été communiqué préalablement à la défenderesse, alors qu'il aurait été établi le 16 avril 2019. En droit : la police d'assurance litigieuse prévoyait notamment le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie justifiant un arrêt de travail pendant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 14 jours, correspondant à 100 % du salaire assuré. Il ressortait des conditions générales applicables à la police litigieuse, relative à l'assurance perte de gain complémentaire à la LAMal, que certaines dispositions reprenaient textuellement et intégralement certaines dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), de sorte que la jurisprudence relative à ces dispositions pouvait donc être appliquée *mutatis mutandis* dans un cas particulier soumis à ces conditions générales. Le détail de l'argumentation juridique et de la discussion sera repris, dans la mesure utile, ultérieurement. On notera toutefois, à ce stade, que la défenderesse relevait que le détail des comptes bancaires produits par la demanderesse démontrait l'invraisemblance d'un paiement effectif du salaire à l'assuré, d'autant que la demanderesse n'avait pas apporté la preuve que la très faible activité commerciale ressortant des documents, produits pour la démontrer, serait suffisante pour dégager une marge permettant de verser à M. D_____ un salaire brut de CHF 7'500.- par mois. Du reste, les extraits de compte que la demanderesse

a communiqués à la défenderesse correspondaient aux années 2014 et 2015, périodes au cours desquelles la demanderesse avait affirmé n'avoir aucun employé ni activité commerciale.

6. La demanderesse a répliqué par un bref courrier du 13 décembre 2019. Elle persistait dans ses conclusions. La réponse d'ALLIANZ du 29 octobre 2019 ne comportait pas d'éléments nouveaux par rapport aux pièces d'ores et déjà produites, y compris l'abondant échange de correspondance intervenu entre les parties. Comme conclu dans la demande, elle persistait à solliciter l'audition du Dr E_____ afin de prouver que l'assuré s'était trouvé et se trouvait toujours en incapacité de travailler. Elle se tenait en outre à disposition pour être entendue lors d'une audience de comparution personnelle des parties.

7. La chambre de céans a convoqué les parties et les a entendues le 17 février 2020, la défenderesse étant dès lors assistée par un conseil.

8. Mme C_____, pour la demanderesse, a déclaré : « …, je suis l'unique propriétaire de la société demanderesse. Vous me faites observer que cette société a été créée alors que je n'avais pas encore 20 ans. J'ai en effet fini l'école de commerce, et je me destinais à des tâches dans l'administration d'entreprises. J'avais mis de côté un certain nombre d'économies, grâce aux allocations diverses que j'avais reçues, et j'ai décidé de me lancer dans la création d'une société. J'ai donc proposé à mon père, qui se trouvait être au chômage à l'époque, et qui avait déjà eu une entreprise pendant de nombreuses années, de m'accompagner dans cette aventure pour que je gère l'entreprise et que lui l'anime. Il est vrai que nous n'avons pas commencé tout de suite car je n'avais appris que certaines bases, notamment en comptabilité, et je voulais parfaire ma formation avant de pouvoir me lancer directement. Nous avons donc mis la société en stand by et les choses ont démarré véritablement en 2017. Vous me posez la question dès lors de savoir pourquoi nous avons contracté notamment une assurance perte de gain maladie dès 2014, si l'entreprise n'avait pas d'employés. En fait, je m'étais renseignée auprès d'une fiduciaire et j'ai voulu organiser les choses de la meilleure des manières et tout faire tout juste. Vous me demandez en référence à la pièce 4 pourquoi il n'était pas prévu d'assurer les femmes, alors que je vous ai précisé que j'entendais bien tirer un salaire de l'entreprise. Je vous réponds que nous avons passé par un courtier, et je lui avais dit que je souhaitais prioritairement engager des ouvriers. Je pense que c'est pour cela qu'il n'a pas retenu de femmes. Vous me demandez pourquoi il a été répondu oui à la question 7 page 4 de la proposition d'assurance à la question de savoir si parmi les personnes à assurer, il y avait le ou la propriétaire de l'entreprise: je ne sais pas. C'est le courtier qui a répondu aux questions. Vous me demandez qui a signé cette proposition page 6. Je pense que c'est moi, mais à la réflexion, il est possible que ce soit mon père car il devait être avec moi et comme je vous l'ai dit, j'avais 19 ans et peu d'expérience. S'agissant de la pièce 5, soit la proposition de modification de l'assurance-maladie collective, nous avons également porté le montant du salaire maximum assuré par personne et par année à CHF 300'000.- et sous la rubrique

indemnité journalière en cas de maladie en % du salaire assuré figure le montant de CHF 150'000.-. Il est vrai que ne figure aucune femme non plus. Je confirme en revanche que j'ai signé cette proposition de modification. Vous me demandez, en relation avec le paiement du salaire de mon père (pièce 62 et annexes défenderesse), que vient faire le nom de ma mère comme titulaire de la relation bancaire avec RAIFFEISEN, au-dessus de la mention compte courant A_____ SÀRL? Je ne sais pas, comme je vous l'ai dit, j'avais 19 ans lorsque la société a été créée, en 2014, mais ce que je sais tout de même, c'est que le compte est bien au nom de la société, et que les prélèvements ont été faits par moi, étant précisé que les fonds se trouvant sur ce compte provenaient des contrats que nous avions signés avec des clients et des acomptes qu'ils avaient versés sur travaux ».

Les conseils des parties ont déclaré conjointement qu'après un tour d'horizon sur les éléments de la procédure et les nombreux points à éclaircir, ils sollicitaient la suspension de la procédure, d'accord entre les parties, afin de pouvoir se rencontrer et tenter de trouver une solution amiable à ce litige.

9. Par arrêt incident du 17 février 2020, la chambre de céans a suspendu l'instance en application de l'art. 126 CPC et réservé la suite de la procédure (ATAS/117/2020).

10. Les parties ayant été interpellées par la chambre de céans, par courrier du 4 février 2021, les invitant à lui indiquer, d'ici au 26 février 2021, si les pourparlers transactionnels avaient abouti à un accord et/ou si la suspension était toujours justifiée, les parties ont toutes deux répondu le dernier jour du délai susmentionné : le conseil de la défenderesse a indiqué que les parties n'étaient pas parvenues à un accord; pour sa part, le conseil de la demanderesse a confirmé l'absence d'accord et sollicité la reprise de la procédure. La demanderesse souhaitait d'ailleurs réactualiser ses conclusions, dans la mesure où l'incapacité de travail de l'assuré s'était poursuivie postérieurement au dépôt de la demande à l'origine de la présente procédure. Elle considérait avoir droit aux prestations pendant 730 jours, sous déduction de trois jours de délai de carence, soit 727 jours. L'indemnité journalière se montant à CHF 246.58, la défenderesse lui devait le montant de CHF 179'263.66, sous déduction du montant (total) de CHF 59'300.25 déjà payé, soit un solde de CHF 119'963.41, portant intérêts à 5 % dès l'échéance moyenne du 15 septembre 2018; elle persistait aussi à réclamer la somme de CHF 111.20.

11. Par arrêt incident du 1er mars 2021, la chambre de céans a ordonné la reprise de l'instance, et a imparti un délai à la défenderesse pour qu'elle se prononce sur les nouvelles conclusions de la demanderesse, la suite de la procédure étant réservée (ATAS/152/2021).

12. La défenderesse s'est déterminée par courrier du 22 mars 2021. Elle s'est prononcée sur la reprise d'instance ainsi que sur les conclusions de la demanderesse : s'agissant de la reprise d'instance, elle informait la chambre de céans qu'une procédure pénale (P/16316/2020) était actuellement en cours, et dont l'issue pourrait avoir des incidences sur la procédure civile. Pour l'heure, il n'était pas opportun de divulguer

d'autres éléments, pour des raisons évidentes de besoins de l'enquête. Elle sollicitait la suspension de la procédure en raison de la procédure pénale en cours. Quant aux nouvelles conclusions de la partie demanderesse, celles-ci n'étaient pas recevables, car tardives : il eût en effet été loisible à la demanderesse de les formuler lors de l'audience de premières plaidoiries, aucun élément n'étant intervenu depuis lors. Au surplus, sans aucune reconnaissance du bien-fondé des prétentions de la demanderesse, la défenderesse soulevait l'exception de la prescription tant sur les nouvelles conclusions que sur les prétentions portant sur la période du 1er août 2018 au 28 février 2019. Le délai de prescription n'avait en effet pas été interrompu durant la suspension de la procédure destinée à permettre la tenue de pourparlers extrajudiciaires.

13. Par courrier du 15 avril 2021, le conseil de la demanderesse s'est opposé à la suspension de la procédure. À sa connaissance, une procédure pénale était effectivement en cours, mais la plainte d'ALLIANZ intervenait, d'après la référence de la procédure, en 2000 (recte : 2020) alors que les faits à l'origine du litige lui étaient parfaitement connus depuis l'été 2018 déjà. Il s'agissait manifestement d'une manœuvre dilatoire d'autant que la défenderesse invoquait la prescription d'une partie de la créance. Au surplus, elle persistait dans ses conclusions, étant rappelé qu'elle s'était réservée le droit d'amplifier ses conclusions pour la période postérieure au 6 août 2019, ce qu'elle avait fait au moment où elle avait sollicité la reprise de la procédure.

14. Au vu de l'opposition de la demanderesse à la suspension de la procédure comme dépendant du pénal, soit jusqu'à décision de l'autorité pénale, la CJCAS a estimé nécessaire de recueillir un certain nombre d'informations complémentaires (objet de la procédure pénale et personnes visées par la plainte, en particulier) pour pouvoir évaluer la pertinence d'une telle suspension. La défenderesse était ainsi invitée à faire part à cette juridiction de l'essentiel des faits reprochés, la qualification juridique des faits sur le plan pénal, et l'état actuel de la procédure pénale.

15. Par courrier du 23 avril 2021, le conseil de la défenderesse a adressé à la CJCAS la copie d'un courrier du 11 février 2021, par lequel la procureure en charge de la plainte (Madame G_____) lui indiquait que la procédure était actuellement en cours d'enquête à la police, et qu'elle ne manquerait pas de l'informer de la suite, dès réception du rapport de police. Sur la base de ce document, Me GIARDINA observait que vu l'état de la procédure à la police, il serait prématuré de transmettre davantage d'informations à ce stade. À ce jour, elle n'avait pas de nouvelles quant à l'état d'avancement de l'enquête et ignorait également si des personnes avaient été entendues, ou comment le conseil de la demanderesse aurait eu connaissance de la plainte. Celle-ci était bien entendue dirigée notamment contre la demanderesse, entre autres personnes, et les faits reprochés pourraient avoir une incidence sur les prétentions de celle-ci; mais tant et aussi longtemps que l'accès au dossier pénal n'était pas donné, il lui était impossible de transmettre d'autres éléments. Enfin, la demande de suspension en raison de la procédure pénale en cours n'était nullement

une manœuvre dilatoire, étant précisé que, s'agissant d'une suspension en raison d'une autre procédure, le délai de prescription serait interrompu. Elle soulignait au surplus que la demanderesse n'avait pas demandé la reprise de la procédure avant l'interpellation par la chambre de céans du 4 février 2021.

16. Par courrier du 27 avril 2021, la CJCAS a interpellé la procureure en charge de la plainte susmentionnée. Se référant notamment à son courrier du 11 février 2021, elle invitait le Ministère public à lui indiquer si entre-temps la procédure avait évolué, ainsi qu'à lui préciser, dans les grandes lignes, la nature des faits essentiels reprochés à la société ainsi que leur qualification sur le plan pénal.

17. Par courrier du 11 mai 2021, la chambre de céans a communiqué au conseil de la demanderesse (Me ROSSI) la copie de la réponse du Ministère public du 6 mai 2021, à laquelle était annexé le rapport de renseignements de la brigade financière du 22 avril 2021 et ses annexes, notamment la copie des déclarations des personnes mises en cause. La plainte d'ALLIANZ était dirigée contre l'assuré, sa fille et autres. Il ressortait de la procédure pénale notamment que la société demanderesse (à la procédure civile) avait été vendue à un certain H_____, nouvel associé gérant avec signature individuelle, à une date inconnue, entre fin 2018 (vraisemblablement en décembre 2020) et la date de sa radiation d'office du RC de Genève le 8 janvier 2021, et son inscription au RC de Payerne, dont il ressortait que Mme C_____ n'était plus associé gérante et n'avait plus de signature sur la société. Avant de se prononcer sur la demande de suspension de la défenderesse, et afin de régulariser les données de la partie demanderesse, la CJCAS l'invitait à apporter toutes précisions à la juridiction, notamment si l'information (cession de la société) avait une incidence sur la procédure civile et en particulier si la partie demanderesse entendait poursuivre cette procédure, en élisant toujours domicile auprès du même conseil.

18. Après plusieurs rappels, Me ROSSI a indiqué, par courrier du 14 juin 2021, qu'il ne parvenait malheureusement pas à joindre « M. H_____ », nouvel administrateur de A_____ Sàrl. Il invitait la chambre de céans à interpeller directement l'intéressé au siège de la société à Payerne, afin qu'il lui fasse savoir s'il entendait ou non donner suite au présent litige, et s'il entendait confirmer le mandat d'avocat de la société.

19. Par courriers recommandé et sous pli simple du 17 juin 2021, la chambre de céans a interpellé le nouvel associé gérant de la société, en l'invitant, d'ici au 7 juillet 2021, à indiquer à cette juridiction quelles suites il entendait donner à la procédure civile : en substance, s'il entendait poursuivre la procédure (dans l'affirmative, avec ou sans le concours d'un conseil, Me ROSSI ou un autre mandataire), ou au contraire retirer la demande. Il lui était loisible de consulter le dossier auprès du greffe de la juridiction, dans le même délai. À défaut, la cause serait gardée à juger en l'état du dossier.

20. Par courrier du 21 juillet 2021, la chambre de céans a informé les parties que la cause serait gardée à juger dès le 11 août 2021, étant précisé que M. H_____ n'avait pas réagi au courrier du 17 juin 2021 et que le pli recommandé n'avait pas été retiré, au contraire du courrier A (apparemment distribué); copie de ce courrier était adressée à Me ROSSI.

21. Par courrier du 20 juillet 2021, qui a croisé le précédent, Me ROSSI a adressé à la chambre de céans une procuration en sa faveur, délivrée par la demanderesse, représentée par son nouvel associé gérant; et par courrier du 11 août 2021, il a confirmé à la chambre de céans que la demanderesse persistait dans ses conclusions et s'opposait à la suspension de la procédure, pour les motifs déjà indiqués.

22. Par courrier du 12 août 2021, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur incident (demande de suspension).

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Aux termes de l'art. 126 al. 1 CPC, le tribunal peut ordonner la suspension de la procédure si des motifs d'opportunité le commandent. La procédure peut notamment être suspendue lorsque la décision dépend du sort d'un autre procès.

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

4. La suspension peut intervenir d'office ou sur requête en tout état de cause, savoir dès la conciliation et jusque et y compris en instance de recours et quelle que soit la procédure applicable (TC/JU du 12 avril 2013 [CC 20 / 2013 + AJ 21/2013 cités par le CPC online ad art. 126]).

5. Même lorsque le droit fédéral prescrit une procédure simple et rapide, une suspension de la procédure n'est en principe pas exclue (arrêt du Tribunal fédéral 4A_409/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4 et réf. citées).

6. La décision ordonnant la suspension de la cause est une mesure d'instruction; n'étant pas revêtue de l'autorité de la chose jugée, elle ne fait pas obstacle à une

requête tendant à la suppression de cette mesure lorsque celle-ci n'est plus justifiée par les circonstances (arrêt du Tribunal fédéral 5A_276/2010 du 10 août 2010 consid. 2.2, RSPC 2011, 27).

7. Dans le cas d'espèce, il ressort du rapport de renseignements de la brigade financière du 22 avril 2021 que le 4 septembre 2020, ALLIANZ a déposé une plainte pénale (P/16316/2020) visant la responsable de la société A_____ Sàrl, Mme B_____ (C_____), ainsi que les parents de l'intéressée, M. D_____ et Madame I_____, pour escroquerie et faux dans les titres : il est en substance reproché à M. D_____ d'avoir obtenu frauduleusement, entre 2017 et 2018, le versement d'indemnités journalières à hauteur de CHF 65'405.- consécutivement à l'établissement d'une assurance perte de gain maladie auprès de la plaignante, courant février 2014, par son employeur présumé, la société A_____ Sàrl, dont l'unique détentrice des parts sociales et seule associée gérante était sa fille. L'intéressé est mis en cause pour avoir volontairement et avec la complicité de ses proches, fourni des renseignements inexacts appuyés par différentes pièces justificatives douteuses, comportant notamment des signatures de personnes non autorisées et des formulaires faussement remplis. Ce rapport relève que, selon une expertise médicale effectuée (recte : ordonnée) en août 2018 [NB. - examen clinique de l'expertisé, le 17 septembre 2018 et rapport d'expertise du 29 octobre 2018], l'expert mandaté a estimé qu'un arrêt de travail complet n'était pas justifié, qu'il n'y avait pas d'incapacité à ce que l'assuré puisse exercer sa profession, et qu'une reprise de travail après l'examen du neurologue fin 2017 aurait été exigible. Ce rapport rappelle ensuite que dans ce contexte, l'incapacité de travail de M. D_____ n'étant, selon lui, pas terminée, et ce dernier réclamant au plaignant un montant de CHF 104'428.- pour la période d'août 2018 à août 2019, une procédure civile (A/2859/2019) a été ouverte. La responsable de la société, et seule titulaire de l'intégralité des parts sociales à l'époque des faits, ainsi que son père, personne assurée dans le cadre du présent litige, et principal intéressé à l'obtention des prestations litigieuses, ont tous deux été interrogés par la police en qualité de prévenus; certes, l'un et l'autre ne reconnaissent pas les faits qui leur sont reprochés, ou à tout le moins en minimisent l'importance, attribuant le/les actes qui leur sont reprochés à de simples négligences, voire à un manque d'expérience… Mais force est de constater que cette procédure pénale est toujours en cours d'instruction auprès du Ministère public et que son issue pourrait de toute évidence avoir une incidence sur l'issue de la présente procédure. Il serait utile de connaître le sort réservé à la plainte pénale déposée par la défenderesse contre la demanderesse et les personnes qui ont agi pour son compte, notamment avant d'élucider la situation d'un point de vue strictement médical. Il ressort des faits retenus ci-dessus, et des pièces produites, - identiques à ceux qui font l'objet de la procédure pénale – de nombreuses contradictions et incohérences, laissant notamment planer de sérieux doutes sur l'activité effective de l'assuré, pour le compte de la société, et sur sa rémunération effective, qui a priori ne relèvent pas de simples négligences ou d'inadvertances, et qu'il appartiendra à l'autorité pénale d'élucider, d'autant qu'elle

dispose de moyens d'investigation plus importants que la CJCAS, et que cette dernière ne saurait en l'état instruire, de son côté, au risque d'aboutir à des résultats différents de ceux auxquels pourrait parvenir l'enquête pénale, et la décision qui s'ensuivra.

8. Au vu de ce qui précède, il convient dès lors de suspendre la présente procédure, dans l'attente de l'issue de celle ouverte au pénal (P/16316/2020).

9. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant sur incident

1. Suspend l'instance en application de l'art. 126 CPC, jusqu'à droit connu dans la procédure pénale N° P/16316/2020.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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