RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3218/2022 **ATAS/577/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juillet 2023

Chambre 6

En la cause

A_____ SA demanderesse
représentée par Me Christian BRUCHEZ, avocat

contre

VAUDOISE GENERALE, Compagnie d'Assurances SA défenderesse
représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** A_____ SA (ci-après : l'employeur ou la demanderesse) exploite un restaurant.

b. Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1983, a travaillé en tant que cuisinier auprès du café du 17 février 2020 au 28 février 2023.

c. A ce titre, il était assuré auprès de la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA contre le risque d'accident, professionnel ou non (police n° 1_____ ; ci-après : l'assurance-accidents ou la défenderesse). Il était également assuré auprès de cette même assurance dans le cadre d'un contrat d'assurance-maladie collective pour la perte de gain (police n° 2_____ ; ci-après : l'assurance perte de gain) et d'un contrat d'assurance collective accidents complémentaire (police n° 3_____ ; ci-après : l'assurance-accidents complémentaire).

d. La police d'assurance collective perte de gain en cas de maladie n° 4_____ prévoyait le versement d'une indemnité journalière correspondant à 80% du salaire, dès le 31e jour, pendant une durée de 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

B. **a.** Par déclaration de maladie du 6 avril 2021, l'employeur a informé l'assurance perte de gain de l'incapacité de travail de son employé depuis le 1er mars 2021, le motif indiqué sur les certificats transmis étant alors la maladie.

b. Dans son rapport initial du 3 mai 2021 destiné à l'assureur perte de gain, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a expliqué avoir vu l'assuré pour la première fois le 1er février 2021. Celui-ci avait été victime d'un accident de mobylette 24 ans auparavant, ayant entraîné une lésion du plexus et une paralysie médio-cubitale. Les diagnostics étaient ceux de griffe cubitale et perte de l'effort du pouce pour lésion du plexus brachial gauche. L'incapacité de travail était due à une impotence fonctionnelle de la main gauche et à une algodystrophie post-opératoire. Il y avait une amélioration partielle de la griffe cubitale par algodystrophie mais la raideur du pouce était sans changement.

En annexe figuraient les pièces suivantes :

- Le compte rendu de l'échographie réalisée le 2 février 2021 à la demande du Dr C_____, en raison d'une paralysie médio-cubitale, voire plexus ;
- Le courrier du docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, du 9 février 2021, dont il ressort que l'assuré avait été victime, à l'âge de 15 ans, d'un accident avec lésion du plexus radial gauche, avec déficit sensitivo-moteur sévère du membre supérieur gauche. La récupération avait été progressive et partielle, avec la persistance d'un déficit sensitivo-moteur de la main gauche.

- Le protocole opératoire établi le 8 mars 2021 par le Dr C_____, dont il ressort que celui-ci a procédé, le même jour, à une intervention chirurgicale sous la forme d'une réanimation du pouce par transfert de l'EIP sur l'APS, d'une correction de la griffe cubitale D3-D4 par ténodèse en lasso selon Zancolli et transfert de Srinivasan entre l'EDC III et IV et l'appareil extenseur digital et d'une correction de l'abduction du cinquième par translocation radiale de l'EDM. L'opération avait été motivée par une gêne fonctionnelle par lésion médio-cubitale entraînant une perte de l'opposition du pouce et une déformation en griffe des trois doigts ulnaires. Cette lésion du plexus brachial était consécutive à un accident de moto il y a plus de 20 ans.

c. L'assureur perte de gain a informé l'employeur, par courrier du 27 mai 2021, de doutes quant à l'acceptation du cas.

d. Le 7 juin 2021 a eu lieu une rencontre entre l'assureur perte de gain et l'assuré, rencontre au cours de laquelle ce dernier a notamment expliqué avoir été victime d'une chute à moto à l'âge de 14 ans en France. A l'époque, il n'avait pas d'employeur et les soins avaient été pris en charge par sa mutuelle française. Le tendon du poignet gauche avait été touché mais il n'avait souffert d'aucune fracture et n'avait pas subi d'opération. Le 1er mars 2021, il avait été victime d'une chute à vélo alors qu'il se rendait à son travail pour vérifier les stocks. La roue de son vélo s'était prise dans les rails du tram et il avait chuté sur sa main gauche. Il avait immédiatement ressenti des douleurs très vives et il ne pouvait plus bouger ses doigts. A son arrivé au restaurant, son employeur avait appelé le Dr C_____, lequel l'avait examiné quatre jours plus tard. Il avait été opéré de la main le 8 mars 2021 et était depuis en incapacité de travail.

e. A une date inconnue mais postérieurement à la rencontre précitée du 7 juin 2021, l'assureur perte de gain a suggéré à l'assuré d'annoncer le cas à son assurance-accidents au vu de la nature de l'évènement du 1er mars 2021, ce que l'employeur a fait le 3 août 2021.

f. Dans son rapport initial LAA du 8 décembre 2021, le Dr C_____ a, à nouveau, évoqué une paralysie médio-cubital gauche post lésion du plexus brachial. Le traitement avait consisté en des transferts tendineux et une incapacité de travail existait à 100% du 8 mars au 31 août 2021, à 70% du 1er septembre au 8 décembre 2021 et à 50% depuis le 9 décembre 2021.

g. Le 10 mars 2022, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il prendrait en charge un mois de salaire (échelle bernoise), sur la base du contrat d'assurance-accidents complémentaire et qu'il n'entendait pas entrer en matière pour les frais de traitement, celui-ci étant consécutif à l'accident en 1998 et ayant quoi qu'il en soit été entrepris avant l'accident du 1er mars 2021.

h. Le 8 avril 2022, l'employeur de l'assuré, qui a avancé le salaire, s'est opposé à la « décision » du 10 mars 2022, concluant à son annulation et à l'octroi des prestations demandées.

i. Le 11 avril 2022, l'assuré a également contesté la « décision » du 10 mars 2022.

j. Le dossier a été soumis au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-conseil de l'assureur-accidents. Dans un bref avis sur dossier daté du 21 avril 2022, le médecin précité a admis la qualification d'accident en ce qui concernait la chute du 1er mars 2021. Après avoir brièvement évoqué les pièces médicales au dossier, le Dr E_____ a retenu le diagnostic de contusion de la main gauche, tout en évoquant une lésion étrangère à l'accident, à savoir une lésion plexuelle du membre supérieur gauche. Il a également considéré qu'il était exclu que les troubles actuels fussent en lien de causalité avec l'événement assuré, la lésion plexuelle étant antérieure à l'événement assuré. S'agissant de la contusion de la main gauche, le lien de causalité était admis jusqu'au 7 mars. En revanche, il n'y avait pas de tel lien avec la lésion plexuelle.

k. Par décision formelle du 1er juin 2022, l'assurance-accidents a admis la prise en charge de l'éventuel traitement médical en lien avec la contusion de la main gauche et de l'incapacité de travail attestée jusqu'au 7 mars 2021. Au-delà de cette date, seule l'atteinte existant de longue date et indépendante de l'accident justifiait le traitement médical et l'incapacité de travail. Une atteinte à la santé pour laquelle l'assurance n'entrait pas en matière était toutefois susceptible d'être considérée comme une maladie. C'est pourquoi, l'assurance-accidents suggérait à l'assuré de s'adresser à son assurance-maladie obligatoire des soins pour le remboursement des frais de traitement.

l. Suite à l'opposition de l'employeur de l'assuré, l'assurance-accidents a confirmé la décision précitée en date du 1er septembre 2022, considérant que selon le dossier médical, l'intervention du 8 mars 2021 n'était pas due à la chute du 1er mars 2021, de sorte que c'était à juste titre qu'elle avait refusé d'intervenir au-delà du 7 mars 2021.

m. Par courrier du 26 septembre 2022, l'employeur a une nouvelle fois sollicité de l'assureur perte de gain le versement des indemnités journalières, s'élevant à un montant total de CHF 46'935.-.

n. Le 3 octobre 2022, le café a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée.

C. **a.** Le 3 octobre 2022, sous la plume de son conseil, l'employeur a également saisi la chambre de céans d'une demande en paiement dans laquelle il a conclu, sous suite de dépens, au paiement, par l'assurance perte de gain, d'un montant de CHF 47'383.70 avec intérêts à 5% dès le 23 octobre 2021, et dès le 4 octobre 2022, au paiement des indemnités journalières à concurrence de CHF 127.20 par jour, avec intérêts à 5%. En substance, il considérait que si l'atteinte n'était pas consécutive à un accident, il s'agissait d'une maladie, de sorte que la défenderesse devait intervenir en sa qualité d'assureur perte de gain, ce d'autant plus que

l'assureur-accidents lui avait conseillé de s'adresser à son assurance-maladie pour le remboursement des frais de traitement.

b. Par réponse du 15 novembre 2022, l'assureur perte de gain a conclu, principalement, au rejet de la demande et, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise visant à déterminer la capacité de travail de l'assuré. Il a, en substance, considéré que l'incapacité de travail dès le 1er mars 2021 était due à l'événement du 1e mars 2021 pour la période du 1er au 7 mars 2021 et à un accident ancien, survenu en France, plus de 20 ans auparavant et pris en charge par la mutuelle française de l'assuré. Or, une telle configuration était exclue de la couverture d'assurance-maladie collective perte de gain, qui couvrait uniquement la perte de salaire résultant d'une incapacité de travail due à une maladie. Par ailleurs, pour la défenderesse, une expertise n'était pas nécessaire pour déterminer si l'incapacité de travail litigieuse était consécutive à un accident ou une maladie, puisque les pièces médicales étaient claires à ce sujet. Ce n'était par ailleurs que si la chambre de céans devait retenir son obligation de prester qu'elle concluait à la réalisation d'une expertise.

c. Par réplique du 12 décembre 2022 et par duplique du 15 février 2023, les parties ont persisté dans leurs conclusions et positions respectives.

d. Une audience de débats et de comparution personnelle des parties s'est tenue le 3 avril 2022. A cette occasion, les parties ont accepté que le procès-verbal de l'audience qui a eu lieu le même jour dans la procédure LAA A/3215/2022 soit versé à la procédure. Par ailleurs, le demandeur a persisté à considérer que la défenderesse devait prendre en charge le sinistre même si celui-ci avait une origine accidentelle, partant du principe que ce qui ne relevait pas de l'accident relevait de la maladie.

e. Par courrier du 17 mai 2023, la défenderesse a encore produit des pièces complémentaires, soit notamment un courrier du Dr C_____ du 19 avril 2023, dans lequel ce praticien confirmait l'origine accidentelle de la lésion, l'atteinte à la santé et l'intervention du 8 mars 2021 trouvant leur origine dans un accident subi par l'assuré lorsqu'il était plus jeune. Par ailleurs, aucune consultation n'avait eu lieu le 1er mars 2021 suite à l'accident de vélo, ce qui était confirmé par les relevés de l'assureur-maladie, également annexés.

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 LAMal, 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).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. B7 des conditions générales « Business One -Assurance-maladie collective perte de salaire » (ci-après : les CGA) prévoit que pour tout litige résultant du contrat d'assurance, la défenderesse reconnait la compétence des tribunaux suisses du domicile du preneur d'assurance, de la personne assurée ou de l'ayant droit.

Le demandeur – preneur d'assurance – ayant son siège à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3.

3.1 Le succès de toute action en justice suppose que les parties demanderesse et défenderesse aient respectivement, sur chacune des prétentions en cause, qualité pour agir et pour défendre au regard du droit applicable (ATF 136 III 365 consid. 2.1 p. 367; 126 III 59 consid. 1a p. 63). Dans une action en paiement, la qualité pour agir appartient au créancier de la somme réclamée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_323/2016 du 8 juillet 2016 consid. 6).

La légitimation active ou passive dans un procès civil relève du fondement matériel de l'action; elle appartient au sujet (actif ou passif) du droit invoqué en justice et son absence entraîne, non pas l'irrecevabilité de la demande, mais son rejet (ATF 128 III 50 consid. 2b/bb p. 55 et les références). La question de la qualité pour agir (légitimation) doit être examinée d'office (art. 57 CPC; ATF 130 III 550 consid. 2 p. 551 s.; 126 III 59 consid. 1a p. 63), mais dans les limites des faits allégués et établis lorsque le litige est soumis à la maxime des débats (art. 55 al. 1 CPC).

La qualité pour agir appartient à celui qui est titulaire du droit litigieux; ainsi le créancier d'une créance a la qualité pour agir au procès ayant pour objet cette créance (Fabienne HOHL, Procédure civile, tome I, 2001, ch. 438 p. 98).

3.2 En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA jusqu'au 31 décembre 2021 et l'art. 95a LCA depuis le 1er janvier 2022 – tous deux de nature impérative (cf. art. 98 LCA), l'assurance collective contre les

accidents ou la maladie donne au bénéficiaire, dès qu'un accident ou une maladie est survenu, un droit propre contre l'assureur.

Un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA, couvrant les employés pour le risque de perte de gain en cas de maladie, est une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (soit le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (arrêt du Tribunal fédéral 4A_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 4.2). Ce droit propre a pour conséquence que seul le bénéficiaire (assuré) est titulaire de la prestation d'assurance. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la nature même du contrat d'assurance collective d'indemnité journalière présuppose que celle-ci soit acquittée entre les mains de l'assuré en faveur duquel il a été conclu, ledit paiement intervenant en lieu et place de l'obligation de l'employeur de verser le salaire. Ce contrat (ou, plus correctement, son mode d'exécution) peut être comparé à une stipulation pour autrui parfaite: le tiers dispose d'un droit de créance propre contre le promettant et peut agir en exécution dès que la créance est exigible, le débiteur ne pouvant par ailleurs se libérer qu'en faisant sa prestation au tiers (art. 112 al. 2 CO). L'assuré ne devient toutefois pas partie au contrat et, partant, l'employeur (preneur d'assurance) est toujours le débiteur des primes d'assurance. Le fait que le preneur d'assurance (employeur) et l'assureur puissent convenir du versement des indemnités journalières à l'employeur ne change rien aux considérations qui précèdent. Ce type de clauses contractuelles n'a trait qu'aux modalités d'encaissement des cotisations et de versement des indemnités journalières (ATF 141 III 112 consid. 4.3 et 4.4).

3.3 Une cession de créance (cf. art. 164 ss CO) fait passer au cessionnaire la qualité pour agir (arrêts du Tribunal fédéral 4A_145/2016 du 19 juillet 2016 consid. 4.2 et 4A_590/2016 du 26 janvier 2017consid. 2.2).

La cession de créance est un acte de disposition bilatéral reposant sur la manifestation réciproque et concordante des volontés du cédant et du cessionnaire. A défaut d'une telle manifestation, elle n'existe pas. Comme pour tout contrat, il y a lieu de rechercher la réelle et commune intention du cédant et du cessionnaire, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont ils ont pu se servir (art. 18 al. 1 CO; arrêt du Tribunal fédéral 4C.275/2003 du 29 janvier 2004).

Selon l'art. 165 al. 1 CO, la cession n'est valable que si elle a été constatée par écrit.

4. En l'espèce, la demanderesse a versé à son employé, pendant son incapacité de travail, le salaire.

La question de savoir si elle dispose de ce fait d'un droit direct pour agir contre la défenderesse peut rester ouverte, dès lors que la qualité pour agir lui est reconnue pour un autre motif. En effet, l'employé, qui disposait d'un droit propre pour agir contre la défenderesse, selon les art. 87 LCA (en vigueur jusqu'au 31 décembre

2021) et 98a LCA (en vigueur depuis le 1er janvier 2022), a cédé sa créance à la demanderesse, ce qui donne à cette dernière la qualité pour agir.

Concrètement, l'employé a valablement cédé sa créance à la société par acte du 26 août 2022. La cession de créance respecte ainsi la forme écrite requise par l'art. 165 al. 1 CO. Dans la cession de créance, l'employé déclarait céder à son employeur, la demanderesse, sa créance de CHF 95'000.- détenue à l'encontre de la défenderesse au titre des indemnités journalières dues en application de la police n° 534214 7 5630. Ainsi, l'employé a clairement manifesté son intention de céder sa créance à la demanderesse.

Partant, la demanderesse doit se voir reconnaître la qualité pour agir.

5. A raison de la forme, la demande, qui comporte notamment un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (art. 130 et 244 CPC).

6. 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).

7. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références).

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la demanderesse peut bénéficier d'indemnités journalières au-delà du 7 mars 2021. Les modifications de la LCA du 19 juin 2020, entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2020 4969 ; FF 2017 4767), ne sont pas applicables au présent litige.

8. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au versement, en sa faveur vu le paiement du salaire et la cession de créance susmentionnée, des indemnités journalières dues à son employé pour la période du 1er mars 2021 au 12 décembre 2022 et, plus particulièrement, sur l'existence d'une incapacité de travail pour cause de maladie.

9.

9.1

9.1.1 Selon l'art. 324a al. 1 du Code des obligations (CO - RS 220), si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des raisons inhérentes à sa personne, telles que notamment la maladie, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. Pendant la première année de service, l'employeur est tenu de payer le salaire de trois semaines (art. 324a al. 2 CO). Il peut toutefois être dérogé aux prescriptions précitées par accord

écrit, contrat-type de travail ou convention collective à condition que des prestations au moins équivalentes soient accordées au travailleur (art. 324a al. 4 CO).

En pratique, il arrive fréquemment que l'employeur choisisse de conclure une assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, sous la forme d'une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal ou d'une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 4A_563/2008 du 10 février 2009, consid. 1 et l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2b/bb).

Lorsque l'employeur a conclu une assurance collective perte de gain soumise à la LCA, le travailleur dispose d'un droit propre contre l'assureur pour le paiement des prestations conformément aux art. 87 LCA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) et 98a LCA (en vigueur depuis le 1er janvier 2022), l'assuré étant seul créancier des prestations d'assurance soumises à la LCA, sauf accord contraire (cf. consid. 3.2 supra, voir également WYLER/HEINZER, droit du travail, 2019, p. 320).

Malgré l'existence d'un contrat d'assurance, il peut arriver que le droit aux prestations ne soit pas ouvert, faute de remplir les conditions contractuelles ou légales. Dans ce cas, malgré l'accord dérogatoire, le travailleur peut prétendre envers l'employeur au paiement de son salaire, conformément à l'art. 324a CO, à condition que le défaut de prestation ne soit pas dû à une faute de sa part (WYLER/HEINZER, op. cit., p. 326).

9.1.2 Par ailleurs, selon l'art. 324b al. 1 CO, si le travailleur est assuré obligatoirement, en vertu d'une disposition légale, contre les conséquences économiques d'un empêchement de travailler qui ne provient pas de sa faute mais est dû à des raisons inhérentes à sa personne, l'employeur ne doit pas le salaire lorsque les prestations d'assurance dues pour le temps limité couvrent les quatre cinquièmes au moins du salaire afférent à cette période.

9.2 En l'espèce, le 1er janvier 2020, la demanderesse a conclu :

- Une assurance collective accidents soumise à la LAA (police n° 534214 7 1700 ; cf. art. 324b CO) ;
- Une assurance collective perte de gain, soumise à la LCA (police n° 534214 7 5630 ; cf. art. 324a CO), prévoyant le versement d'une indemnité journalière correspondant à 80% du salaire, dès le 31e jour, pendant une durée de 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs.
- Une assurance collective accidents complémentaire LAA, soumise à la LCA, (police n° 534214 7 1210 ; cf. art. 324a CO), prévoyant le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail, correspondant à 90% du salaire, payable dès le 1er jour.

La demanderesse allègue que son employé a présenté les incapacités de travail suivantes :

- 100% du 1er mars au 31 août 2021 ;
- 70% du 1er septembre au 8 décembre 2021 ;
- 50% du 9 décembre 2021 au 18 juillet 2022 ;
- 30% du 19 juillet au 12 décembre 2022.

La demanderesse, qui s'est acquittée du salaire pendant la période litigieuse, est d'avis que l'incapacité de travail de son employé, si elle n'est pas couverte par l'assurance-accidents, est consécutive à une maladie. Pour sa part, la défenderesse considère que l'incapacité de travail fait suite à un accident. Elle estime également que, quand bien même la cause en serait une maladie, celle-ci était antérieure à la conclusion de l'assurance, de sorte que l'incapacité de travail ne serait pas non plus couverte dans cette hypothèse.

10.

10.1 L'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210) répartit le fardeau de la preuve pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral et détermine, sur cette base, quelle partie doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1, ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a).

Selon la disposition précitée, chaque partie doit, si la loi ne prescrit pas le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit.

En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

10.2

10.2.1 Concrètement, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. La partie adverse qui soutient que son obligation est éteinte, non valable ou non exigible, doit donc apporter la preuve des faits qui mettent fin à l'obligation, l'annihilent ou font obstacle à son exigibilité (François BOHNET, CPC annoté, 2016 ad art. 152 CPC n. 6 et les références citées). Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

10.2.2 L'assureur a un droit - découlant de l'art. 8 CC - à la contre-preuve; il peut chercher à démontrer des circonstances qui suscitent des doutes sérieux sur la réalité des faits qui font l'objet de la preuve principale, de manière à faire échouer celle-ci; pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée et que les faits n'apparaissent par conséquent pas comme étant d'une vraisemblance prépondérante; si la contre-preuve aboutit, les faits allégués par l'ayant droit ne peuvent pas être tenus pour établis, à savoir comme étant d'une vraisemblance prépondérante, et la preuve principale est mise en échec (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4D_73/2007 du 12 mars 2008 consid. 2.2).

10.2.3 La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1).

10.3

10.3.1 En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d; ATF 127 III 248 consid. 3a) ; cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6).

10.3.2 Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157 CPC, qui dispose que le juge établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Ce faisant, le juge décide d'après sa conviction subjective personnelle si les faits se sont produits ou non, c'est-à-dire s'ils sont prouvés ou non (HOHL, Procédure civile, Tome I, 2ème éd., 2016, n. 2008). Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive, le droit de la procédure civile institue ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve. Cela semble à première vue contredire les principes fondamentaux que sont le droit à la preuve et sa libre appréciation, mais la sécurité et l'équité requièrent que la loi détermine clairement quand et par quel moyen la preuve peut être rapportée (Message du Conseil fédéral relatif au code de procédure civile suisse du 28 juin 2006, FF 2006 I p. 6929). Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est

que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. également ATF 134 V 231 consid 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

11.

11.1 En vertu de l'art. 150 al. 1 CPC, seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise pour atteindre son but, c'est-à-dire permettre à la partie adverse de comprendre quels allégués il lui incombe de prouver. Le degré de précision d'une allégation influe sur le degré de motivation que doit revêtir sa contestation. Plus les affirmations d'une partie sont détaillées, plus élevées sont les exigences quant à la précision de leur contestation. Une réfutation en bloc ne suffit pas. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références; arrêt précité 4A_318/2016 consid. 3.1).

11.2 En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allégement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

11.3 Le juge enfreint l'art. 8 CC notamment lorsqu'il admet indûment ou nie à tort l'absence de preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4A_48/2008 du 10 juin 2008 consid. 3.2), soit qu'il applique un degré de preuve erroné, soit qu'il tienne pour exactes les allégations non prouvées d'une partie alors qu'elles sont contestées par l'autre (ATF 130 III 591 consid. 5.4).

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

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

12.

12.1 En l'espèce, s'agissant d'une incapacité de travail liée à la maladie, la preuve incombe à l'assuré ou, comme dans le cas d'espèce, à la demanderesse, laquelle doit rendre vraisemblable, d'une part, l'existence d'une incapacité de travail de l'employé depuis le 1er mars 2021, ce qu'elle tente de faire en produisant les certificats d'incapacité établis par le Dr C_____ et, d'autre part, le fait que cette incapacité de travail est due à une maladie.

Quant à la défenderesse, elle tente d'apporter la contre-preuve, en rendant vraisemblable que l'employé était incapable de travailler en raison d'un accident.

12.2

12.2.1 A teneur de l'art. C1 CGA, les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail médicalement justifiée, de 25% au moins, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée (§1). L'incapacité de travail doit être dûment attestée par un médecin. Si elle ne dépasse pas 3 jours, elle peut l'être par l'employeur seul (§3).

L'art. D1 CGA définit l'incapacité de travail. Est ainsi incapable de travailler la personne qui, en raison d'une maladie, ne peut exercer son activité professionnelle habituelle, ou, si l'incapacité dure un certain temps, reste dans l'impossibilité d'exercer toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes. Quant à l'art. D2 CGA, il précise la notion de maladie. Est ainsi réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident ou à une maladie professionnelle et qui exige un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Lors de l'audience de comparution personnelle des parties le 3 avril 2022, la demanderesse a considéré que les notions d'accident et de maladie des CGA se référaient à celles de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), ce qui n'est pas contesté par la défenderesse.

12.2.2 Selon l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

L'art. 4 LPGA définit, quant à lui, l'accident. Ainsi, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

C'est le lieu de relever que la définition juridique de la maladie, selon l'art. 3 al. 1 LPGA, ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (PERRENOUD, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n° 10 ad Art. 3 et les références jurisprudentielles citées).

Pour qu'un état de fait corresponde à la définition juridique de la maladie, trois caractéristiques cumulatives doivent se présenter (PERRENOUD, op. cit., n° 11 ad Art. 3 :

- Une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (élément médical) ;
- Qui n'est pas imputable à un accident (élément négatif) et
- Qui revêt une certaine intensité, un certain degré de gravité, puisqu'elle doit nécessiter objectivement un examen ou un traitement médical ou provoquer une incapacité de travail (élément fonctionnel).

Quant à la notion d'accident, elle se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

Une chute à moto constitue un accident selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014).

12.3 Dans le cas d'espèce, il est établi que l'assuré, encore adolescent, a été victime d'un accident de mobylette, en 1998, alors qu'il était domicilié en France. Les suites dudit accident avaient alors été prises en charge par les assurances françaises (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023 établi dans la cause A/3215/2022 p. 1).

Cet accident de 1998 a entraîné une lésion du plexus brachial, avec pour séquelles une gêne fonctionnelle, avec perte de l'opposition du pouce et déformation en griffe des trois doigts ulnaires (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023 établi dans la cause A/3215/2022 p. 1 ; courrier du Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie, du 9 février 2021 [pièce 3 déf., dossier LAA] et protocole opératoire du 8 mars 2021 [pièce 4 déf., dossier LAA]).

Malgré cette atteinte à la main, l'assuré a toutefois pu se former en tant que cuisinier et a été engagé, en tant que tel, dans plusieurs restaurants genevois (procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023 établi dans la cause A/3215/2022 p. 2). Il a ainsi travaillé auprès de la demanderesse du 17 février 2020 au 28 février 2023 (procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023 établi dans la cause A/3215/2022 p. 2).

C'est sur suggestion de son employeur, la demanderesse, que l'assuré a consulté le Dr C_____ en date du 1er février 2021 (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023, p. 2 et 3 et courrier du Dr C_____ du 19 avril 2023). A la demande de ce praticien, une échographie de l'avant-bras gauche a été effectuée le 2 février 2021, à la recherche de contracture active des muscles de l'avant-bras (cf. compte rendu de l'échographie du 2 février 2021 [pièce 1 déf., dossier LAA) et l'assuré a consulté le Dr D_____, lequel a effectué une ENMG en date du 9 février 2021 (rapport de ce médecin du même jour [pièces 2 et 3 déf., dossier LAA).

Le 22 février 2021, le Dr C_____ a décidé d'opérer l'assuré en raison de la « paralysie médio-cubitale consécutive à la lésion du plexus brachial subie il y a environ 14 ans » (recte 24 ans). Cette intervention a eu pour conséquence une incapacité de travail de longue durée (cf. courrier du Dr C_____ du 19 avril 2023).

En d'autres termes, il ressort des pièces au dossier et plus particulièrement du courrier du 19 avril 2023 du Dr C_____, que l'intervention litigieuse avait pour but de réduire la paralysie médio-cubitale, laquelle était consécutive à la lésion du plexus brachial, causée, quant à elle, par la chute à mobylette en 1998. L'intervention du 8 mars 2021 est donc en lien de causalité avec la chute à mobylette survenu en 1998, alors que l'assuré, encore mineur, était domicilié en France.

Or, comme cela ressort de ce qui précède, une chute ou une collision à moto est considérée comme un accident. Dans cette mesure, l'élément négatif de la définition de maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA (une atteinte « qui n'est pas imputable à un accident ») n'est pas réalisé. Les trois caractéristiques de la maladie étant cumulatives et l'une d'entre elles faisant défaut, il ne peut s'agir d'une maladie.

Au vu de ces éléments, il convient d'admettre que la demanderesse, à qui incombait la preuve, n'a pas démontré à satisfaction de droit que son employé était en incapacité de travail pour cause de maladie entre le 1er mars 2021 et le 12 décembre 2022. Dans la mesure où il n'existe pas de circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr C_____, son audition ainsi que la réalisation d'une expertise s'avèrent superflues, de sorte que, par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans n'y donnera pas suite (ATF 143 III 297 consid. 9.3.2 ; ATF 138 III 374 consid. 4.3.2).

L'instruction de la présente cause a ainsi établi que l'intervention litigieuse était une conséquence – certes lointaine – de l'accident de 1998 et qu'elle n'était pas consécutive à une maladie, de sorte que c'est à juste titre que la défenderesse a refusé de prester sur la base de la police d'assurance collective perte de gain maladie n° 4_____.

C'est encore le lieu de relever que le fait que l'assureur-accidents ait suggéré au demandeur d'annoncer le cas à son assureur-maladie ne modifie en rien l'issue du litige. En effet, selon le système voulu par le législateur, lorsqu'une personne n'est pas couverte par la LAA, les accidents dont elle pourrait être victime doivent être pris en charge par l'assurance-maladie, comme s'il s'agissait d'un cas de maladie (cf. PERRENOUD, op. cit., n° 31 ad Art. 3). Il s'agit là toutefois de la systématique voulue en matière d'assurances sociales soumises à la LPGA, systématique qui ne saurait être transposé en matière d'assurances perte de gain soumises à la LCA. Dans ce contexte, le système voulu par les parties était de couvrir les cas de maladie par le biais de la police ° 4_____ (contrat d'assurance-maladie collective pour la perte de gain) et les cas d'accidents non couverts par la LAA par le biais de la police n° 3_____ (contrat d'assurance-accidents complémentaire).

13. Cela étant, le résultat serait quoi qu'il en soit le même si l'atteinte de l'assuré devait être qualifiée de maladie.

13.1 En vertu de l'art. 9 LCA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, le contrat est nul si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu.

Selon la jurisprudence, ce moyen ne doit pas être confondu avec la réticence ; il rend le contrat nul même si les parties ne savaient pas, au moment de la conclusion, que le sinistre était déjà réalisé (ATF 136 III 334 consid. 3 ; ATF 127 III 21 consid. 2b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.45/2004 du 9 juillet 2004

consid. 2.1.2). Dans le cas où un sinistre partiel est déjà survenu, il est possible de s'assurer contre le risque affectant l'autre partie, si la survenance de celui-ci est aléatoire (ATF 127 III 21 consid. 2b/aa ; arrêt B 101/02 du 22 août 2003 consid. 4.5).

La notion de « sinistre » (« das befürchtete Ereignis ») (également appelé « cas d'assurance » ; « Versicherungsfall » ; ATF 129 III 510 consid. 3.2), notamment mentionné à l'art. 9 aLC, n'est pas définie dans la loi. Pour le Tribunal fédéral, le sinistre ou le cas d'assurance se définit comme la réalisation du risque contre lequel l'assurance a été conclue (ATF 129 III 510 consid. 3.2 p. 512 s.). En ce qui concerne les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, la jurisprudence du Tribunal fédéral considère que l'incapacité de travail – et non l'atteinte à la santé - constitue le cas d'assurance (ATF 142 III 671 consid. 3.6 à 3.8). Le sinistre n'est dès lors pas déjà survenu lorsqu'a été diagnostiquée, lors de la conclusion du contrat, une maladie qui n'a jamais entraîné d'incapacité de travail (cf. par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 4A_163/2010 du 2 juillet 2010 consid. 3).

13.2 Or, comme cela a déjà été relevé ci-dessus, l'intervention litigieuse avait pour objectif de réduire la paralysie médio-cubitale, laquelle était consécutive à la lésion du plexus brachial, causée par la chute à mobylette en 1998. Cette atteinte préexistait par conséquent à l'engagement de l'assuré et à son inclusion dans l'assurance collective perte de gain. De plus, elle avait déjà entraîné une période d'incapacité de travail. Dans cette mesure, le sinistre – soit l'incapacité de gain résultant de ladite atteinte– était déjà survenu.

Ainsi, même si l'on devait qualifier l'atteinte en question de maladie, la défenderesse était également légitimée à refuser de verser des indemnités journalières pour l'incapacité de travail consécutive à l'intervention y relative.

14. En résumé, il ressort de ce qui précède que c'est à juste titre que la défenderesse a refusé de prester sur la base de l'assurance collective perte de gain pour maladie (police n° 4_____) conclue le 1er janvier 2020 par la demanderesse.

Certes, cette dernière a également conclu, auprès de la défenderesse, une assurance-accidents complémentaire collective soumise à la LCA (police n° 3_____). D'ailleurs, la défenderesse a versé un mois d'indemnités journalières sur la base de ladite assurance complémentaire. Cependant, faute d'allégation suffisante dans ce sens, la chambre de céans ne peut examiner le bien-fondé de la position de la défenderesse et le droit de la demanderesse à des indemnités journalières supplémentaires au regard de la police précitée.

Quoi qu'il en soit si la demanderesse estime que des indemnités journalières supplémentaires pourraient lui être dues sur la base de l'assurance complémentaire, il lui appartient de saisir le Tribunal administratif de première instance d'une demande dans ce sens.

15. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.

Ni la demanderesse ni la défenderesse n'ont droit à des dépens. En effet, la première succombe (cf. art. 106 al. 1 CPC), tandis que la seconde ne peut y prétendre en raison de sa qualité d'assurance (cf. l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et autres lois fédérales en matière civile du 28 novembre 2010 [LaCC - E 1 05] qui prévoit qu'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 LAMal).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
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	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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