RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3663/2020 **ATAS/224/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 mars 2023

4ème Chambre

En la cause

A_____ SA, sise à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier BOTTGE	demanderesse

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCE SA, sise Dufourstrasse 40, SAINT-GALL, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	défenderesse

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** A_____ SA (ci-après : la société ou la demanderesse) est une société anonyme ayant son siège à Genève et pour but l'achat, la vente, la consignation ainsi que le commerce d'objets d'art.

b. Monsieur B_____ (ci-après l'intéressé) est l'administrateur unique de la société et est lié à celle-ci par un contrat de travail. Son salaire annuel a été de CHF 325'860.80 en 2019.

B. **a.** Le 21 octobre 2014, la société a souscrit une assurance collective d'indemnités journalières police n°1_____ auprès de la compagnie d'assurance Nationale Suisse SA (ci-après : la Nationale), pour toucher des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail pour maladie de ses employés.

b. Le 23 mars 2015, le contrat d'assurance de la société a été transféré par la Nationale à Helvetia compagnie suisse d'assurance SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse).

c. Entre avril 2017 et le 31 mars 2018, plusieurs employés de la demanderesse se sont retrouvés en incapacité de travail pour maladie.

d. Le 5 février 2019, l'assurance a adressé un rappel à la société pour un avis de primes échu le 1er janvier 2019, d'un montant de CHF 11'562.-.

e. Le 19 février 2019, elle lui a adressé une sommation la priant de verser le montant de l'arriéré de prime, plus CHF 20.- de frais de sommation, dans le délai de 14 jours à compter de l'envoi de la sommation, en attirant son attention sur le fait qu'à défaut, son obligation de prestation et la couverture d'assurance seraient suspendues, en ce sens qu'aucune prestation ne serait versée à raison de tout sinistre survenant après ce délai.

C. **a.** Le 22 avril 2019, l'intéressé a été hospitalisé au département de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), en raison de problèmes de vision (dédoublement). Le diagnostic était une possible cause infectieuse sévère du nerf optique.

b. Il est rentré chez lui le 8 mai 2019.

c. Le 8 mai 2019, la doctoresse C_____, médecin interne aux HUG, a établi pour l'intéressé un arrêt travail pour maladie, à 100% du 22 avril au 17 mai 2019, précisant comme date de début du traitement le 22 avril 2019.

d. La société a déclaré l'incapacité de travail de l'intéressé à l'assurance.

e. Le 13 mai 2019, le professeur D_____, médecin responsable d'unité du département d'oncologie des HUG, a établi un certificat médical attestant que l'intéressé était traité pour maladie depuis le 22 avril 2019, avec un arrêt de travail de 100% du 18 mai au 16 juin 2019. Il a par la suite prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 avril 2020.

f. Le 11 juin 2019, l'assurance a indiqué à la société qu'elle n'avait pas droit aux prestations d'assurance, au motif que la police était suspendue entre les 5 mars et 7 mai 2019.

g. La société a sollicité la reconsidération de cette décision, car lors de la seconde maladie de l'intéressé, les primes avaient été payées et que de ce fait, la suspension avait cessé.

h. Dans un rapport médical initial adressé le 12 juillet 2019 à l'assurance, le Prof. C_____ a indiqué que les premiers soins avaient été donnés à l'intéressé le 23 avril 2019 en neurologie pour maladie. Sous anamnèse, il indiquait : vision double, anesthésie de l'hémiface droite. Le diagnostic était un lymphome du système nerveux central. L'intéressé avait besoin d'un traitement par immuno-chimiothérapie et il était en incapacité de travail totale dès le 23 avril 2019.

i. Dans un rapport médical, adressé à l'assurance le 6 novembre 2019, concernant le début de l'incapacité de travail du 22 avril 2019, le Prof. C_____ a mentionné le diagnostic de lymphome de haut grade de localisation cérébrale, entraînant des troubles visuels sous la forme de diplopie (double vision) et d'effets secondaires des traitements, y compris de la greffe de la moelle.

j. Le 29 novembre 2019, le Prof. C_____ a corrigé son rapport du 12 juillet 2019 dans le sens que le début de l'incapacité de travail était fixé au 10 mai et non au 23 avril 2019.

k. Le 26 août 2019, la société a formellement mis l'assurance en demeure de reconsidérer sa position et de prendre en charge l'incapacité de travail de l'intéressé.

l. Le 11 février 2020, l'assurance a maintenu son refus de la prise en charge de ce cas, faute de couverture au moment de l'incapacité de travail de l'intéressé. La société n'avait pas apporté la preuve du fait que celui-ci n'aurait été en incapacité de travail que depuis le 10 mai 2019 par le correctif établi par le Prof. C_____ le 29 novembre 2019.

m. L'intéressé a cédé l'ensemble de ses droits à la société afin d'obtenir les indemnités journalières dues par l'assurance.

D. **a.** Le 13 novembre 2020, la société a formé une demande en paiement contre l'assurance auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à sa condamnation à lui verser CHF 223'287.18, avec intérêts à 5% l'an, à titre d'indemnités pour l'incapacité de travail de l'intéressé du mois de mai 2019 au mois d'avril 2020, plus CHF 20'547.90 pour tout mois d'incapacité de travail supplémentaire.

b. Dans sa réponse la défenderesse a conclu au rejet de la demande, considérant que la capacité de travail de l'intéressé avait débuté le 22 avril 2019 et que le correctif du Prof. C_____ ne permettait pas de modifier le début de son arrêt de travail.

c. Un second échange d'écriture a eu lieu.

d. Lors d'une audience du 10 novembre 2021, après avoir entendu les mandataires des parties, la chambre de céans a admis partiellement les offres de preuves de la demanderesse et ordonné la tenue d'une audience de comparution personnelle des parties ainsi que l'apport du dossier de la défenderesse, sous réserve des notes des juristes et des avocats.

Elle a ensuite entendu le directeur de la demanderesse, Monsieur E_____, et l'intéressé. Ce dernier a notamment indiqué qu'il avait un lymphome depuis 2006, qui avait été traité pendant plusieurs années. En mars 2019, il avait perdu la vision et voyait double. Il avait dû aller à l'hôpital, où il avait été constaté que ce problème était lié au lymphome qui s'était installé dans sa tête cette fois. Il avait été dans un premier temps hospitalisé en raison de ses problèmes oculaires, puis avait hospitalisé à nouveau en raison du lymphome. Lors de sa première hospitalisation, il était en neurologie et on lui avait parlé d'une infection du nerf optique, sans faire le lien avec le lymphome. Lors de la seconde hospitalisation, il était en oncologie et avait été suivi par le Prof. C_____. L'infection du nerf optique était une manifestation du lymphome qu'il avait depuis 2006.

e. Le 19 janvier 2022, la demanderesse a fait valoir que le dossier transmis par la défenderesse paraissait incomplet. À titre d'exemple, la première pièce, à savoir l'échange de courriers électroniques entre la défenderesse et le Dr F_____ du 14 août 2021 ne comportait pas les annexes transmises à ce dernier qui lui avaient permis de conclure que le lien de causalité entre les images doubles et le lymphome était plausible. Il n'existait par ailleurs aucune indication de l'existence d'un second échange avec le médecin précité suite à la réception par la défenderesse du correctif rédigé par le Prof. C_____ du 29 novembre 2019. Cette absence paraissait étonnante dans la mesure où, à réception d'un tel correctif, il aurait été approprié de questionner l'homme de métier sur son incidence. Enfin il n'existait aucun élément en lien avec les incapacités de travail des autres employés de la demanderesse (annonces, décomptes, paiements, etc).

f. La chambre de céans a transmis aux parties le 30 mai 2022, un projet de courrier au Prof. C_____, auquel elles ont adhéré.

g. Dans un rapport du 20 septembre 2022, le Prof. C_____ a indiqué que l'intéressé avait été traité pour un lymphome indolent à l'extérieur des HUG depuis 2007. Il avait consulté les urgences des HUG le 22 avril 2019 en raison de l'apparition brutale d'une vision double. Il avait été ensuite pris en charge par l'équipe de neurologie. Une IRM cérébrale n'avait pas montré d'arguments pour un lymphome cérébral, ni pour un accident vasculaire cérébral. Au vu du contexte d'une probable fragilité du système immunitaire, le diagnostic d'une probable méningo-encéphalite d'origine virale avait été retenu, la ponction lombaire réalisée lors de cet épisode de soins étant compatible avec ce diagnostic. Le patient avait ensuite été hospitalisé en neurologie avec un traitement antibiotique

et antiviral. Les analyses complémentaires effectuées durant ce séjour avaient permis de modifier le diagnostic initial en faveur du diagnostic d'une très probable transformation en lymphome de haut degré de malignité au niveau du système nerveux central, touchant en particulier le nerf optique. Le traitement anti-infectieux avait alors été stoppé, puis le patient transféré dans le service d'oncologie le 30 avril pour débuter un traitement anti-lymphomateux. Le patient avait quitté le service d'oncologie le 8 mai 2019.

h. Le 11 octobre 2022, la demanderesse a fait valoir que la réponse du Prof. C_____ confirmait plusieurs de ses allégués. Celui-ci attestait en effet que la première hospitalisation de l'intéressé était indépendante de la seconde. En effet, les examens menés lors de la première hospitalisation comportaient un diagnostic d'une probable méningo-encéphalite d'origine virale et la ponction lombaire réalisée lors de cet épisode de soins était compatible avec ce diagnostic. Il confirmait en outre que la première hospitalisation de l'intéressé s'était terminée le 8 mai 2019 et que celui-ci avait été traité pour un lymphome indolent à l'extérieur des HUG, de sorte que, cette maladie était antérieure à la première hospitalisation de 2019. En conséquence, la demanderesse persistait dans ses conclusions.

i. Le 14 octobre 2022, la défenderesse a observé qu'il ressortait très clairement de la réponse du Prof. C_____ que l'hospitalisation ayant débuté le 22 avril 2019 concernait bien le lymphome. Partant, les périodes d'hospitalisation concernaient tous les deux le lymphome dont souffrait l'intéressé. L'incapacité de travail de celui-ci avait ainsi débuté le 22 avril 2019, alors que la couverture d'assurance était suspendue. C'était donc à juste titre que la défenderesse avait refusé la prise en charge du cas.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 L'art. 46a aLCA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 applicable au présent ligite, 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 une personne morale, le for est celui de son 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. A8 des conditions générales d'assurances (CGA) pour l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, Edition D 10, prévoit que le preneur d'assurance, les assurés ou les ayants droit ont le choix entre le for ordinaire, celui de leur domicile suisse ou celui de leur lieu de travail suisse.

La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au versement des indemnités pour l'incapacité de travail de l'intéressé.

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

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

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). 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 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). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). 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 132 III 626 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).

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).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

4. En l'espèce, il convient de déterminer en premier lieu si l'intéressé a eu deux maladies distinctes avec des périodes d'incapacité de travail successives ou une seule.

4.1

4.1.1 La demanderesse fait valoir en substance que la rechute du lymphome dont souffrait l'intéressé depuis 2017 est intervenue le 10 mai 2019, soit après la période de suspension des prestations de la défenderesse, et que son hospitalisation du 22 avril au 8 mai 2019 était liée à des problèmes oculaires, qui était une atteinte différente du lymphome pour lequel il a été hospitalisé à nouveau.

4.1.2 La défenderesse estime que la première hospitalisation de l'intéressé était déjà due à une rechute du lymphome dont il souffrait et pour lequel il a été hospitalisé une seconde fois en mai 2019.

4.2 En l'espèce, il ressort du rapport établi le 20 septembre 2022 par le Prof. C_____ que si le premier diagnostic posé suite à l'hospitalisation de l'intéressé du 22 avril 2019 était une probable méningo-encéphalite d'origine virale, c'était finalement un autre diagnostic qui avait été retenu comme très probable, soit une transformation en lymphome de haut degré de malignité au niveau du système nerveux central touchant en particulier le nerf optique. Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'intéressé a été hospitalisé dès le 22 avril 2019 en raison du lymphome dont il souffre depuis 2007.

Il en résulte que le cas d'assurance est survenu pendant la période de suspension de la couverture d'assurance.

5. Il convient ensuite de déterminer si la suspension de l'obligation de prester par la défenderesse était justifiée.

5.1

5.1.1 La demanderesse a fait valoir qu'au début de l'année 2019, la défenderesse était débitrice de la demanderesse pour un montant total plus élevé que le montant de la prime impayée en raison d'incapacités de travail de plusieurs de ses employés, ce qui avait contribué pour elle à un manque de liquidités. Il en découlait une impossibilité de suspendre les prestations d'assurance (*exceptio non adimpleti contractu).*

5.1.2 La défenderesse estime avoir suspendu à bon droit ses obligations d'assureur du 5 mars au 7 mai 2019, car le retard dans le paiement de la prime en cause était dû au comportement de la demanderesse et que celle-ci avait invoqué tardivement l'*exceptio non adimpleti contractu*.

5.2

5.2.1 À teneur de l'art. C1 CGA, en cas d'incapacité de travail prouvée d'au moins 50%, l'assurance verse, pour chaque jour calendaire, une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité de travail (al. 1).

5.2.2 Selon l'art. 20 LCA, si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à compter de l'envoi de la sommation, qui doit rappeler les conséquences de la demeure (al. 1). Si la prime est encaissée chez le débiteur, la sommation peut être effectuée oralement (al. 2). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'entreprise d'assurance est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (al. 3).

5.2.3 Le paiement peut également avoir lieu par compensation de l'arriéré de prime avec une prétention du débiteur de la prime à l'encontre de l'assureur. L'exception de compensation doit néanmoins être soulevée avant l'expiration du délai de sommation. Si elle est soulevée après, elle n'a d'effet que pour le futur ; elle ne permet pas de supprimer avec effet rétroactif les effets de la suspension de la couverture d'assurance (PIGUET, op. cit., n. 50 ad. art. 20).

5.2.4 La sommation doit contenir l'invitation au débiteur de la prime de satisfaire à son obligation. Elle doit également indiquer le montant dont l'assureur exige le paiement à titre de prime arriérée, ainsi que le montant des frais de sommation. Elle doit préciser que le paiement doit être effectué dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. Celle-ci doit préciser que le paiement doit être les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. Elle doit rappeler au débiteur de la prime, de manière explicite, claire et complète, toutes les conséquences que la demeure peut entraîner, soit, d'une part, la suspension de la couverture d'assurance à partir de l'expiration du délai légal en application de l'art. 20 al. 3 LCA, et, d'autre part, le droit de l'assureur de résilier le contrat, respectivement la fiction de effectué dans résiliation au sens de l'art. 21 al. 1 LCA. Le délai de sommation ne commence pas à courir avec la notification de la sommation, mais avec l'envoi de celle-ci (Jacques Olivier PIGUET, Commentaire romand, LCA, n. 27, 28, 30 et 41 ad. art. 20).

Si la prime en souffrance n'est pas versée dans le délai de sommation, la couverture d'assurance est suspendue. Si un sinistre se produit pendant la période de suspension, l'assureur n'est plus tenu de verser sa prestation. Cela étant, le contrat d'assurance n'en demeure pas moins en vigueur et le débiteur tenu de payer la prime. La suspension n'est pas limitée à la période afférente à la prime en souffrance ; elle produit ses effets au-delà de l'échéance de la prime pour les périodes d'assurance subséquentes. L'échéance d'une nouvelle prime ne met pas un terme à la suspension de la couverture; celle-ci se poursuit aussi longtemps que le débiteur de la prime est en demeure. Comme l'a souligné le Tribunal fédéral, admettre le contraire reviendrait à priver la sommation de beaucoup de son efficacité : l'assuré négligent n'aurait, en effet, aucun intérêt à mettre un terme à

la suspension de la couverture une fois terminée la période d'assurance pour laquelle il est en demeure et au cours de laquelle aucun sinistre ne s'est produit. Le fait que l'assureur a accepté le paiement d'une prime subséquente ne signifie pas qu'il a renoncé à la suspension de la couverture d'assurance. Conformément à l'art. 91 CO, l'assureur est tenu d'accepter le paiement régulier de la prime nouvelle, à moins qu'il n'entende se départir du contrat, ce à quoi il ne saurait être obligé. Un tel paiement ne libère que partiellement le débiteur, soit pour la prime afférente à la période d'assurance subséquente. La demeure subsiste pour le solde, avec tous les effets que la loi lui attache. Conformément à l'art. 104 CO, la demeure du débiteur de la prime a également pour effet de faire courir un intérêt moratoire, lequel est dû dès l'expiration du délai de sommation (PIGUET, op. cit., n. 44 et 45 ad art. 20).

5.2.5 La demeure ne déploie pas ses effets lorsque le débiteur de la prime s'est retrouvé sans faute de sa part dans l'impossibilité de payer (art. 45 al. 1 LCA) et s'il procède au paiement aussitôt l'empêchement disparu (art. 45 al. 3 LCA). Il serait en effet contraire aux règles de la bonne foi que l'assureur puisse se délier de ses obligations lorsque l'inobservation d'un délai n'est pas imputable au débiteur de la prime. Il incombe toutefois à ce dernier de prouver qu'aucune faute ne lui est imputable. La violation non fautive du contrat peut résulter de circonstances propres au débiteur de la prime. Tel est le cas lorsque des circonstances indépendantes de la volonté du débiteur de la prime (maladie, accident, etc.) empêchent ce dernier de veiller à ses intérêts ou d'en confier la défense à une tierce personne. En revanche, l'insolvabilité du débiteur ne saurait excuser le retard dans le paiement de la prime (art. 45 al. 2 LCA), tout comme, d'ailleurs, une période de service militaire ou une absence momentanée du domicile (PIGUET, op. cit., n. 53 et 54 ad. art. 20).

5.2.6 Le débiteur de la prime ne peut être mis en demeure de payer la prime, lorsque l'assureur n'exécute ou n'offre pas d'exécuter sa propre obligation découlant du contrat d'assurance. Aux termes de l'art. 82 CO, celui qui poursuit l'exécution d'un contrat bilatéral doit avoir exécuté ou offrir d'exécuter sa propre obligation, à moins qu'il ne soit au bénéfice d'un terme d'après les clauses ou la nature du contrat. L'art. 82 CO accorde au débiteur une exception dilatoire, que l'on appelle exception d'inexécution ou « *exceptio non adimpleti contractus* » qui lui permet de retenir la prestation réclamée jusqu'à l'exécution ou l'offre d'exécution de la contre-prestation. Une fois que cette exception a été invoquée par le débiteur, il appartient au créancier de prouver qu'il a exécuté ou offert d'exécuter sa propre prestation (PIGUET, op. cit., 59 ad. art. 20).

L'art. 82 CO régit l'exécution des obligations réciproques dues en vertu d'un contrat bilatéral parfait. Celles-ci doivent être exécutées simultanément. Leurs obligations s'inscrivent dans un rapport d'échange. Le débiteur de la prime ne peut être mis en demeure de payer la prime lorsque l'assureur n'exécute ou n'offre pas d'exécuter sa propre obligation découlant du contrat d'assurance. Aux

termes de l'art. 82 CO, celui qui poursuit l'exécution d'un contrat bilatéral doit avoir exécuté ou offrir d'exécuter sa propre obligation, à moins qu'il ne soit au bénéfice d'un terme d'après les clauses ou la nature du contrat. Cette exception est sans portée si les prestations réciproques sont de même nature, car dans ce cas en effet elles s'éteignent par compensation (Fabienne HOHL, Commentaire romand CO, n. 1 et 6 ad art. 82).

5.3 En l'espèce, la sommation adressée le 19 février 2019 par la défenderesse à la demanderesse la priait de payer l'arriéré de prime, dont le montant était spécifié, de même que le montant des frais de sommation. Elle précisait que le paiement devait être effectué dans le délai de sommation de quatorze jours. Elle informait la demanderesse des conséquences d'un paiement tardif, en particulier du fait que sa couverture d'assurance serait suspendue, en ce sens qu'aucune prestation ne lui serait versée pour tout sinistre après ce délai. Le délai de sommation a commencé à courir avec l'envoi de la sommation, soit dès le 19 février 2019. La couverture d'assurance a repris dès le 7 mai 2019, date de paiement de la prime échue par la demanderesse. La sommation adressée par la défenderesse à la demanderesse répond ainsi aux exigences légales.

Le fait que la défenderesse était elle-même débitrice de la demanderesse pour des montants supérieurs aux primes impayées en lien avec des incapacités de travail d'autres employés de la demanderesse ne permet pas de considérer que la suspension des prestations a été ordonnée à tort, dès lors que l'exception de compensation n'a pas été soulevé avant l'expiration du délai de sommation. Une telle exception ne permet pas de supprimer avec effet rétroactif les effets de la suspension de la couverture d'assurance.

Le fait que la défenderesse était débitrice de la demanderesse ne peut pas non plus justifier le non-paiement de la prime en cause, au sens de l'art. 45 al. 1 LCA, car selon l'art. 45 al. 2 LCA, l'insolvabilité du débiteur ne peut excuser le retard dans le paiement de la prime.

S'agissant de l'*exceptio non adimpleti contractu* de l'art. 82 CO, elle ne peut être invoquée par la demanderesse, car elle est sans portée en l'espèce, les prestations réciproques en cause étant de même nature, de sorte qu'elles pouvaient s'éteindre par compensation.

Le fait que le lymphome a été diagnostiqué en 2007 n'est pas déterminant, car la suspension porte sur les obligations en cours de la défenderesse, soit en l'occurrence l'incapacité de travail dès le 22 avril 2019.

6. Les faits nécessaires au jugement de la cause sont suffisamment établis, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux autres mesures d'instruction requises par les parties.

7. Au vu des considérations qui précèdent, la demande doit être rejetée.

Il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05];) ni perçu de frais judiciaires (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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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