

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/448/2026

ATAS/273/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mars 2026

Chambre 3

En la cause

A _____

demandeur

contre

AXA ASSURANCES SA

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré ou l'employé), né en 1971, a travaillé à compter de juillet 2017 comme directeur d'association pour le compte de la société B_____ (ci-après : l'employeur ou la société).

b. L'employeur a souscrit une assurance perte de gain pour maladie auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : AXA ou l'assurance), valable à compter du 1^{er} janvier 2024.

Le contrat d'assurance prévoyait une durée maximale d'indemnisation de 730 jours en cas d'incapacité de travail consécutive à une maladie, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours. Le salaire de l'employé était couvert à hauteur de 100%.

Les conditions générales d'assurance, éditions 04.2021 et 07.2021, étaient intégrées au contrat.

B. a. Le 26 novembre 2024, l'employeur a informé l'assurance que l'employé était en incapacité totale de travailler depuis le 27 août 2024, en raison d'un épuisement professionnel.

b. L'employé a été en arrêt de travail durant les périodes suivantes :

- 100% du 27 août 2024 au 15 mai 2025 ;
- 75% du 16 mai au 16 juin 2025 ;
- 50% du 18 juin 2025 au 31 janvier 2026.

Son contrat de travail a été résilié pour le 31 mai 2025.

c. Après avoir, dans un premier temps, par courriel du 15 mai 2025, exposé à l'employeur qu'en raison du retard dans l'annonce de l'incapacité de travail de l'assuré, le droit aux indemnités journalières ne pourrait être reconnu qu'à compter du 26 novembre 2024, l'assurance a indiqué, par courriel du 2 octobre 2025, qu'elle renonçait, à bien plaisir, à appliquer la sanction prévue en cas d'annonce tardive.

d. Après avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique, l'assurance a informé l'assuré qu'elle considérait qu'à compter du 12 janvier 2026, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et que, dès lors, il serait mis un terme au versement des indemnités journalières pour le 1^{er} février 2026.

C. a. Par écriture du 6 février 2026, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un « recours contre la décision du 21 janvier 2026 » de mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} février 2026.

En substance, l'assuré se plaint d'une « violation de son droit d'être entendu », au motif que l'assurance aurait « statué » avant de lui communiquer le rapport

d'expertise sur lequel elle se fondait. Dite violation entraînerait « l'annulation de la décision attaquée ».

Il conclut à ce que son « recours » soit admis, à ce que la « décision du 21 janvier 2026 soit annulée » et à ce que les indemnités journalières lui soient versées au-delà du 31 janvier 2026.

b. Invitée à se déterminer, l'assurance, dans sa prise de position du 2 mars 2026, a notamment fait remarquer que l'assuré ne chiffrait pas ses prétentions.

c. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 l'art. A10.1 des CGA « conditions-cadres du contrat d'assurance » (pce A96 défenderesse), le contrat – qui porte sur une assurance d'indemnité journalière en cas de maladie pour le personnel, les associés et les chefs d'entreprise – est régi par la LCA.

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

1.2 S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 31 CPC prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat.

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.

L'art. 18 CPC prévoit que, sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence.

Pour le surplus, l'art. 158 de l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées du 9 novembre 2005 (Ordonnance sur la surveillance, OS - RS 961.011) prévoit que, lorsqu'elles concluent un contrat collectif d'assurance-

maladie d'indemnités journalières avec un employeur, les entreprises d'assurance sont tenues de prévoir un for au lieu de travail du travailleur, en sus du for spécial.

Cette disposition n'a de sens que si les assurés non parties au contrat peuvent également se prévaloir de la clause de for correspondante (Christoph HÄBERLI/David HUSMANN, *Krankentaggeld, versicherungs - und arbeitsrechtliche Aspekte*, 2015, n 918 p. 272).

En l'occurrence, l'art. A10.2 des CGA « conditions-cadres du contrat d'assurance » (pce A96 défenderesse) prévoit que, pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents les tribunaux suisses ordinaires.

Dès lors, la Cour de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande.

2. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).
3. 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 plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

4. En vertu de l'art. 59 al. 1 CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes et les requêtes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action. Ces conditions sont examinées d'office (art. 60 CPC). La liste des conditions de recevabilité prévue à l'art. 59 al. 2 CPC n'est pas exhaustive (François BOHNET, *Code de procédure civile commenté*, 2011, n. 9 ad art. 59 CPC).

5. À titre liminaire, il convient d'examiner les conclusions de l'assuré.

5.1 En premier lieu, on relèvera que celui-ci se fourvoie lorsqu'il pense interjeter un « recours » contre une « décision » de l'assurance. En effet, s'agissant d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir l'autorité judiciaire par voie d'une action en justice dans les deux ans à compter de la survenance du fait duquel naît l'obligation (art. 46 al. 3 LCA), non pas par la voie d'un recours. En effet, en matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 95a LCA (de nature impérative selon l'art. 98 LCA) confère un droit propre à l'assuré, qu'il peut faire directement valoir contre l'assureur.

Il en découle que le « recours » dont l'assuré a saisi la Cour de céans constitue en réalité une demande en paiement à l'encontre de l'assureur.

Si l'acte déposé le 6 février 2026 est certes qualifié improprement de « recours », l'on comprend toutefois à sa lecture que le demandeur sollicite le paiement des indemnités journalières par la défenderesse. En effet, l'écriture comprend un bref exposé des faits qui permet de cerner l'objet du litige. De plus, le demandeur a joint à son écriture le courriel de la défenderesse du 16 janvier 2026 annonçant la fin du versement des indemnités journalières au 1^{er} février 2026, en indiquant contester cette prise de position.

Il convient donc de considérer que le demandeur a déposé par-devant la Cour de céans une demande en paiement, libellée à tort « recours ».

5.2 En second lieu, il convient d'examiner la recevabilité des conclusions du demandeur.

5.2.1. L'art. 84 al. 2 CPC prescrit que l'action tendant au paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée. Il s'agit d'une condition de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1; BOHNET, op. cit., n. 17 ad art. 84 et 25 ad art. 85 CPC).

La règle n'est certes pas absolue et l'art. 85 CPC prévoit que le demandeur peut ne pas prendre de conclusions chiffrées lorsqu'il lui est impossible d'articuler d'entrée de cause le montant de ses prétentions, parce que, par exemple, les informations lui permettant de l'articuler sont en mains du défendeur ou d'un tiers ou qu'il serait déraisonnable de le lui demander, notamment en raison d'investigations lourdes et coûteuses ou lorsque le dommage n'est pas clairement connu (BOHNET, op. cit., nn. 6, 7 et 13 ad art. 85 CPC). Dans ce cas, le demandeur doit tout de même tenter de chiffrer ses prétentions, puisqu'il doit indiquer une valeur litigieuse minimale, conformément à l'art. 85 al. 1 *in fine* CPC (BOHNET, op. cit., n. 18 ad art. 85 CPC ; David HOFFMANN/Christian LÜSCHER, *Le Code de procédure civile*, 2015, p. 60).

Il incombe toutefois au demandeur qui formule une conclusion en paiement non chiffrée de démontrer dans quelle mesure il n'est pas possible, ou du moins pas exigible d'indiquer d'entrée de cause le montant de sa prétention (ATF 140 III 409

consid. 4.3.1 et 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2).

5.2.2 Exceptionnellement, des conclusions non chiffrées suffisent lorsque la somme à allouer est d'emblée reconnaissable au regard de la motivation du recours ou de la décision attaquée (ATF 134 III 235 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2). Toutefois, dans deux affaires d'assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n°... » ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur, dès le ..., plus intérêts à 5% dès la même date » (ATF 134 III 235 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2).

Dans un arrêt du 27 juillet 2017, le Tribunal fédéral a considéré que les conclusions d'un assuré tendant à ce que l'assureur fut condamné à lui verser rétroactivement et de manière continue toutes les indemnités journalières (« *rückwirkend ab [] und fortdauernd das ganze Krankentaggeld auszurichten* ») ne remplissaient pas les conditions d'une action en paiement non chiffrée au sens de l'art. 85 al. 1 CPC (arrêt du Tribunal fédéral 4A_110/2017 du 27 juillet 2017 consid. 1.3).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que la juridiction cantonale pouvait, sans violer le droit, déclarer irrecevable le chef de conclusion « visant le paiement des prestations découlant du contrat d'assurance », dès lors qu'on ne discernait pas en quoi le calcul des indemnités journalières dues à l'assuré, déduction faite de celles déjà versées, apparaissait compliqué au point de confiner à l'impossibilité (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2).

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

Le devoir d'interpellation du juge dépend des circonstances concrètes, notamment de la difficulté de la cause, du niveau de formation des parties et de leur représentation éventuelle par un mandataire professionnel. Ce devoir concerne avant tout les personnes non assistées et dépourvues de connaissances juridiques, tandis qu'il a une portée restreinte vis-à-vis des parties représentées par un avocat. Dans ce dernier cas, le juge doit faire preuve de retenue. Selon la jurisprudence, le devoir d'interpellation du juge ne doit pas servir à réparer des négligences procédurales. Ce point de vue est aussi exprimé dans la doctrine (arrêt du Tribunal fédéral 4D_57/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2 et les références).

5.2.4 En vertu de l'art. 132 CPC, le tribunal fixe un délai pour la rectification des vices de forme telle l'absence de signature ou de procuration. À défaut, l'acte n'est pas pris en considération (al. 1). L'al. 1 s'applique également aux actes

illisibles, inconvenants, incompréhensibles ou prolixes (al. 2). Les actes abusifs ou introduits de manière procédurière sont renvoyés à l'expéditeur (al. 3).

Cette disposition n'est pas applicable aux conclusions incomplètes prises dans un recours ou dans une demande (ATF 137 III 617 consid. 6.4) et en particulier aux conclusions non chiffrées figurant dans une demande (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.4).

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

5.2.5 En l'espèce, force est de constater que le demandeur, qui conclut à ce que des indemnités journalières lui soient versées pour février 2026 et « jusqu'à décision régulière » (sic), ne chiffre pas ses prétentions.

Ses conclusions reviennent dans les faits à déléguer au juge la tâche de déterminer lui-même les indemnités journalières qui seraient potentiellement dues, sans que la somme à allouer ne soit d'emblée reconnaissable, ce qui n'est pas admissible au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée.

Le demandeur n'a pas non plus indiqué, à titre provisoire, une valeur litigieuse minimale, ni même allégué qu'il lui était impossible de chiffrer le montant de sa conclusion condamnatoire d'entrée de cause.

Ses conclusions ne remplissent pas les conditions de l'art. 85 al. 1 CPC, ouvrant la possibilité d'intenter une action non chiffrée.

Par conséquent, il convient de retenir que la demande ne remplit pas les conditions de recevabilité.

Comme rappelé *supra*, ni le devoir d'interpellation (art. 56 CPC), ni la maxime inquisitoire sociale applicable à la procédure n'imposent à la Cour de céans d'attirer l'attention du demandeur sur le caractère irrecevable de ses conclusions.

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

Dès lors, au vu de ce qui précède, la demande est déclarée irrecevable.

La Cour de céans attire l'attention du demandeur sur le fait qu'il conserve la possibilité de redéposer une demande en paiement en bonne et due forme, ses prétentions n'étant en l'état pas encore prescrites (art. 46 al. 3 LCA ; art. 59 al. 2 let. e CPC ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 4D_88/2014 du 25 mars 2015 consid. 3).

Pour le surplus, il n'est ni alloué de dépens à la charge du demandeur (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

1. Déclare la demande irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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