

COUR D'APPEL D'AIX-EN-PROVENCE

Chambre 1-3

ARRÊT AU FOND

DU 24 NOVEMBRE 2022

N° 2022/258

N° RG 18/11648

N° Portalis DBVB-V-B7C-BCYJW

ASSOCIATION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE DE SOLIDARITE (AGIS)

SA [6]

C/

[U] [M] [N]

Copie exécutoire délivrée

le :

à :

Me Romain CHERFILS

Me Agnès ERMENEUX

[K] []

Décision déferée à la Cour :

Jugement du Tribunal de Grande Instance de MARSEILLE en date du 28 Juin 2018 enregistré au répertoire général sous le n° 16/13655.

APPELANTES

ASSOCIATION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE DE SOLIDARITE (AGIS)

APPELANTE ET INTIMEE

sis [Adresse 1]

représentée par Me Romain CHERFILS de la SELARL LEXAVOUE BOULAN CHERFILS IMPERATORE, avocat au barreau d'AIX-EN-PROVENCE substitué par Me Rachid CHENIGUER, avocat au barreau d'AIX-EN-PROVENCE,

ayant pour avocat plaidant Me Marianne VANDERSTUKKEN, avocat au barreau de PARIS

SA [6]

APPELANTE ET INTIMEE

sis [Adresse 2]

représentée par Me Agnès ERMENEUX de la SCP ERMENEUX-CAUCHI & ASSOCIES, avocat au barreau d'AIX-EN-PROVENCE substituée par Me Alexia FARRUGGIO, avocat au barreau d'AIX-EN-PROVENCE,

ayant pour avocat plaidant Me Marc BOUYEURE, avocat au barreau de LYON

INTIME

Monsieur [U] [M] [N]

demeurant [Adresse 3]

représenté par Me Yves HADDAD, avocat au barreau de TOULON

*_*_*_*_*

COMPOSITION DE LA COUR

L'affaire a été débattue le 06 Octobre 2022 en audience publique devant la cour composée de :

Madame Cathy CESARO-PAUTROT, Présidente

Mme Béatrice MARS, Conseiller (rapporteur)

Mme Florence TANGUY, Conseiller

qui en ont délibéré.

Greffier lors des débats : Madame Marjolaine MAUBERT.

Directrice des services de greffe judiciaires lors du prononcé : Madame Aurélie MAUREL

Les parties ont été avisées que le prononcé de la décision aurait lieu par mise à disposition au greffe le 10 Novembre 2022, prorogé au 24 Novembre 2022.

ARRÊT

Contradictoire,

Prononcé par mise à disposition au greffe le 24 Novembre 2022,

Signé par Madame Cathy CESARO-PAUTROT, Présidente et Madame Aurélie MAUREL, directrice des services de greffe judiciaire, auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

Courant 2012, M. [U] [N] a adhéré à un contrat d'assurance prévoyance de groupes, dont le souscripteur était l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité, avec la compagnie d'assurances [6].

M. [N] a été victime d'une agression en 2013, ce qui a justifié divers arrêts de travail à la suite d'un état de stress post-traumatique.

Le 28 décembre 2015, M. [N] a été destinataire d'une lettre d'information adressée aux adhérents de l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité aux termes de laquelle il a été informé que ses garanties contractuelles évoluaient et, notamment qu'elles portaient une exclusion de garantie pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou à une affection psychiatrique.

M. [N] a été hospitalisé du 5 au 9 avril 2016 et a bénéficié de plusieurs arrêts de travail jusqu'au mois d'octobre 2017, pour des «troubles bipolaires ».

Il a alors sollicité une indemnisation au titre de ces arrêts de travail et a indiqué que l'affection dont il souffrait en 2016 était différente de celle de 2013, étant précisé que le contrat souscrit en 2012 prévoyait que pour les maladies mentales et affections psychiques la durée maximale d'indemnisation était de 6 mois pour toute la durée du contrat.

Le responsable engagement et la gestionnaire ont établi un lien de causalité entre l'agression subie en 2013 et un trouble bipolaire qui s'est manifesté en 2016 sur la personne de M. [N] tandis que la médecine du travail n'a pas établi ce lien en considérant que son état a été consolidé avant la survenance de l'arrêt travail du 1er février 2016.

De ce fait, un refus de prise en charge a été opposé à M. [N].

Par acte du 16 novembre 2016, M. [U] [N] a assigné la SA [6] et l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité devant le tribunal de grande instance de Marseille en vue d'obtenir le paiement des indemnités journalières pour invalidité depuis le 5 avril 2016.

Par jugement du 28 juin 2018, le tribunal de grande instance de Marseille a :

-condamné la SA [6] à payer à M. [U] [N] la somme de 63 000 euros correspondant au montant dû au titre de ses indemnités journalières pour incapacité depuis le 5 avril 2016 jusqu'au jour du jugement,

- dit que cette somme portera intérêts au taux légal à compter du 16 novembre 2016,
- condamné l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité à payer à M. [U] [N] la somme de 20 000 euros à titre de dommages et intérêts au titre de son manquement à son obligation d'information et de conseil,
- condamné la SA [6] à payer à M. [U] [N] la somme de 3 000 euros en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile,
- condamné l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité à payer à M. [U] [N] la somme de 3 000 euros en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile
- rejeté toute autre demande.

L'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité a relevé appel de cette décision le 11

juillet 2018.

Vu les dernières conclusions de l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité, notifiées par voie électronique le 11 octobre 2018, au terme desquelles il est demandé à la cour de':

Vu l'article 1134 (ancien) du code civil';

Vu les pièces versées aux débats';

-infirmer le jugement dont appel, en tout cas, en toutes les dispositions à l'encontre de l'Association Agis,

-débouter M. [U] [N] de l'intégralité de ses demandes, fins et conclusions à l'encontre de l'Association Agis,

-condamner M. [U] [N] à verser à l'Association Agis la somme de 1500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

-le condamner à tous les dépens de première instance et d'appel relatifs à la mise en cause de l'Agis, ceux d'appel distraits au profit de la Selarl [5] représentée par Maître Romain Cherfils, avocat aux offres de droit.

Vu les dernières conclusions de la Sa [6], notifiées par voie électronique le 5 septembre 2022, au terme desquelles il est demandé à la cour de':

Vu les textes précités';

Vu les pièces versées aux débats, selon le bordereau joint aux présentes écritures';

-déclarer la société [6] recevable en son appel,

-la dire bien fondée,

En conséquence,

-infirmer le jugement entrepris en qu'il a :

*condamné la société [6] à payer à M. [N] la somme de 63 000 euros correspondant au montant dû au titre de ses indemnités journalières pour incapacité depuis le 5 avril 2016

*dit que cette somme portera intérêts au taux légal a compter du 16 novembre 2016

*condamné la société [6] à payer à M. [N] la somme de 3000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile, ainsi que 40 % des dépens

*ordonné l'exécution provisoire

Et statuant à nouveau,

-réformer le jugement entrepris en toutes ses dispositions,

-prononcer la nullité du contrat [6] souscrit par M. [N] auprès de la société [6] sous le numéro 013511585, à effet du 1er février 2013

En toutes hypothèses,

-juger que ce contrat ne peut produire aucun effet,

Subsidiairement et en toutes hypothèses,

-débouter M. [N] de toutes ses demandes,

-le condamner à payer à la société [6] la somme de 4000 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile,

-condamner M. [N] aux dépens de première instance et d'appel.

Vu les dernières conclusions de M. [U] [N], notifiées par voie électronique le 2 octobre 2020, au terme desquelles il est demandé à la cour de':

Vu l'article 1134 du code civil ancien';

Vu l'article 1147 du code civil ancien';

Vu l'article 1157 et suivants du code civil ancien';

Vu les articles 1184 et 1185 du code civil ancien';

Vu les articles 908, 909 et 910 du code de procédure civile';

Vu les articles L. 141-1 et suivants du code des assurances';

Vu l'article L.113-15 du code des assurances';

Vu l'article L.113-1 du code des assurances';

Vu l'article L.112-2 du code des assurances';

Vu l'article L.132-1 du code de la consommation ancien : les articles, L.212-1, L.212-3 et

L.241-1 du code de la consommation';

Vu l'article L.133-2 du code de la consommation ancien : l'article L.211-1 du code de la consommation';

Vu l'article L.136-1 du code de la consommation ancien : les articles L.215-1 et L.215-3 du

code la consommation';

Vu l'article L.141-5 du code de la consommation ancien : l'article R.631-3 du code de la

consommation';

-confirmer le jugement de première instance en ce qu'il a :

*condamné la SA [6] au titre de ses indemnités journalières pour incapacité depuis le 5 avril 2016

*dit que cette somme portera intérêts au taux légal à compter du 16 novembre 2016

*condamné l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité aux titre des dommages et intérêts au titre de son manquement à son obligation d'information et de conseil

*condamné la SA [6] à payer à M. [U] [N] la somme de 3000 euros en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile

*condamné l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité à payer à M. [U] [N] la somme de 3000 euros en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile

*condamné la SA [6] à payer 40 % des dépens de l'instance, recouvrable en application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile

*condamné l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité à payer 60 % des dépens de l'instance, recouvrable en application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile

Et donc :

-confirmer que M. [N] est bien fondé à demander le paiement de ses indemnités journalières pour incapacité depuis le 5 avril 2016,

- condamner la compagnie d'assurance [6] et l'Association de Groupement Interprofessionnelle de Solidarité (Agis) pour non respect de son engagement contractuel
- condamner la compagnie [6] et Agis pour manquement à leur devoir de conseil et d'information,
- condamner la compagnie [6] et Agis pour mauvaise foi contractuelle au préjudice de M. [N],
- déclarer et juger, nulle la clause de limitation de garantie soulevée par la [6] car imprécise, non formelle et non limitée,

Ainsi,

- déclarer nulle toute clause en lien avec la notion litigieuse « maladie mentale et affections psychiatriques »,
- réformer le jugement de première instance sur l'ensemble des quantums des condamnations et en ce qu'il a :

*rejeté la demande de M. [N] à voir la compagnie [6] condamnée au versement de la somme de 30 000 euros aux titres des dommages et intérêts au titre de son manquement à son obligation d'information et de conseil

Par conséquent, statuant à nouveau :

- condamner la compagnie [6] au versement de la somme de 30 000 euros aux titres des dommages et intérêts au titre de son manquement à son obligation d'information et de conseil
- condamner l'AGIS à la somme de 30 000 euros au titre de dommages-intérêts en raison du défaut d'information et de conseil, déduction faites des 20 000 euros déjà versé, soit 10 000 euros et ce, sous astreinte de 50 euros/jours de retard à compter du «'jugement » à intervenir, -condamner la compagnie [6], au versement des indemnités journalières indûment retenues depuis l'arrêt de travail en date du 5 avril 2016 au comptes arrêtés le 5 avril 2019, avec intérêts jusqu'à la décision à intervenir, sommes réactualisées,

Ainsi,

- condamner la compagnie [6] à la somme de 294 153,82 euros (intérêts à 4,35% arrêtés au 27 septembre 2020), à laquelle sera déduite la somme de 63 000 euros déjà versée dans le cadre de l'exécution provisoire, ainsi que la somme de 193 166 euros (indemnités versées pour autres arrêts de travail depuis pièce n°34) soit la somme de 37 987,82 euros),
- condamner la compagnie [6], à appliquer ses conditions contractuelles et à verser la somme de 6 029,58 euros par mois prévu au contrat au titre de l'invalidité à M. [N], à compter du 5 avril 2019 au 5 septembre 2020 (compte arrêté), à la somme de 102 502,86 euros, somme qui devra comporter les intérêts à taux légal et à parfaire au jour de l'arrêt,

Compte tenu de la situation financière dans laquelle l'assureur et le souscripteur ont laissé l'assuré et l'adhérent, sous couvert de prétextes ambigus :

- ordonner, qu'au-delà d'un mois, à compter du «'présent jugement », l'assureur requis devra s'être acquitté du restant de sa dette à l'égard de M. [N] dont doit s'ajouter le montant des intérêts et qui devront être réévalués au jours du «'jugement », qu'à défaut, il sera en outre condamné à une astreinte de 500 euros par jour de retard,
- ordonner l'exécution provisoire du «'jugement » à intervenir,

-condamner l'assureur et au besoin solidairement le souscripteur à la somme de 8000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

-les condamner aux dépens, conformément aux dispositions de l'article 696 du code de procédure civile distraits au profit de Me Amar Corinne.

L'ordonnance de clôture est en date du 14 septembre 2022.

MOTIFS DE LA DECISION':

- Sur la nullité':

Aux termes de l'article 954 du code de procédure civile, la cour ne statue que sur les prétentions récapitulées au dispositif des dernières conclusions d'appel.

Dans le corps de ses conclusions, M. [N] demande à la cour de déclarer irrecevable comme nouvelle en appel la demande de nullité du contrat formée par la SA [6]. Cependant, cette prétention ne figurant pas dans le dispositif de ses conclusions.

Il convient de rappeler qu'aux termes de l'article 564 du code de procédure civile, l'irrecevabilité de nouvelles prétentions peut être prononcée d'office. La prétention n'est pas nouvelle dès lors qu'elle tend aux mêmes fins que la demande originaire, même si son fondement juridique est différent de celui des prétentions initiales.

En l'espèce, la demande de nullité du contrat formée pour la première fois en appel tend aux mêmes fins que la défense initiale fondée sur le débouté de M. [N] du fait d'une exclusion et limitation de garantie. Elle est donc recevable.

La Sa [6] soulève la nullité du contrat «' [6] » sur le fondement de l'article L 615-4 (ancien article L652-4) du code de la sécurité sociale et fait valoir qu'à la date du renouvellement du contrat, soit le 1er février 2016, M. [N] n'était pas à jour du règlement des cotisations de son régime obligatoire de retraite et de prévoyance géré par la Caisse [4] ainsi que des cotisations obligatoires dues à l'Urssaf.

Aux termes de l'article L.652-4 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable à la présente instance, est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire des travailleurs non salariés et garantissant les risques couverts à titre obligatoire par ce régime, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat.

La nullité prévue par ce texte ne vise que l'hypothèse dans laquelle le travailleur non salarié cherche, par la souscription d'un contrat d'assurance, à substituer un dispositif d'ordre privé à un régime d'assurance obligatoire, dont il cesse volontairement de payer les cotisations en violation de ses obligations en qualité d'assuré social.

En l'espèce, au titre de son régime obligatoire, M. [N] est garanti contre le risque lié à la maladie par le versement d'une allocation journalière, le contrat [6] s'analyse comme garantissant le même risque.

La SA [6] produit une « attestation » en date du 4 mars 2020, émanant d'un chef de service de la [4], dans laquelle il est indiqué que M. [N] a été affilié du 1er octobre 1998 au 1er juillet 2015 au titre de l'activité libérale de masseur-kinésithérapeute, sa radiation ayant été prononcée avec effet au 1er juillet 2015.

M. [N] produit, quant à lui, une « attestation » du chef de service prestations de la [4] en date du 23 mars 2016 de laquelle il résulte qu'il a perçu des allocations journalières d'inaptitude du 26 juin 2015 au 26 novembre 2015 inclus.

En conséquence, au vu du caractère non concordant de ces attestations sur la situation de M. [N] à compter de 2015, alors que ce dernier soutient avoir régularisé sa situation et que l'attestation du 4 mars 2020 ne précise pas les motifs de la radiation, il n'est pas démontré que M. [N] a entendu substituer un régime d'assurance privé à un régime d'assurance obligatoire en ayant volontairement cessé le versement de ses cotisations à la date du renouvellement tacite. Le fait de n'être pas à jour de ses cotisations auprès de l'Urssaf, même à le supposer avéré, est sans objet avec les obligations mises à la charge du souscripteur par l'article L.652-4 du code de la sécurité sociale. Il convient donc de rejeter l'exception de nullité invoquée par la SA [6].

- Sur les demandes formées à l'encontre de la SA [6]:

La SA [6] fait valoir que :

- la notice d'information n° 5922D afférente au contrat souscrit en 2012 prévoyait, en ce qui concerne les limitations et exclusions de garantie au titre des maladies mentales et affections psychiques: la durée maximale d'indemnisation pour ces affections est de 6 mois pour toute la durée du contrat, qu'elles soient cumulées ou non. Ces affections sont exclues de la garantie applicable en cas d'invalidité permanente,

- M. [N] a fait l'objet d'une prise en charge au titre d'une maladie mentale et psychique (stress post traumatique) à

compter de 2013 pour une durée de 6 mois,

- l'affection ayant entraîné son placement en arrêt maladie à compter de 2016 (trouble bipolaire) relève également d'une maladie psychique, qui ne peut donc faire l'objet d'une nouvelle prise en charge.

M. [N] soutient que :

- la limitation de garantie prévue au contrat a un caractère illimité et imprécis en ce que n'est pas joint la liste des maladies et affections dont il est fait état,

- cette clause ne lui est donc pas opposable au visa de l'article L.113-1 du code des assurances, -aucun élément ne démontre que le stress post traumatique et les troubles bipolaires dont il a souffert sont des affections psychiques.

Il convient de rappeler que l'article L 113-1 du code des assurances ne concerne que les clauses d'exclusion de garantie. En l'espèce, les parties s'accordent à dire que la clause fixant une durée maximum d'indemnisation de 6 mois est une clause de limite de garantie et non d'exclusion. Dès lors, en application de l'article 1134 alinéa 1er du code civil, dans sa rédaction antérieure à celle issue de l'ordonnance du 10 février 2016, devenu l'article 1103 du même code, et des articles

L. 112-2, L. 112-3 et L. 112-4 du code des assurances, une clause de limitation de garantie doit, pour être opposable à l'assuré, avoir été portée à sa connaissance au moment de l'adhésion à la police ou, tout au moins, antérieurement à la réalisation du sinistre. Il appartient à l'assureur de rapporter la preuve que l'assuré a eu connaissance, avant le sinistre, des limitations de garantie invoquées.

En l'espèce, le certificat d'adhésion signé par M. [N] le 19 février 2013 porte mention en caractère gras: ce contrat est soumis à la notice d'information modèle 5922D dont l'adhérent reconnaît avoir reçu un exemplaire et en avoir pris connaissance, ce que ne conteste pas ce dernier.

M. [N] a été placé en arrêt de travail délivré par le docteur [D], psychiatre, à compter du 6 mars 2013 jusqu'au 17 septembre 2013 pour un état de stress post-traumatique.

En l'espèce, le seul fait d'être suivi durant une période limitée par un psychiatre pour un état de stress consécutif à une agression ne peut suffire à démontrer que M. [N] a fait l'objet d'une prise en charge au titre d'une maladie mentale et psychique durant 6 mois et qu'il a donc épuisé ses droits à garantie. Il en est de même du document émanant de la Haute Autorité de Santé relatif aux «affections psychiatriques de longue durée et troubles anxieux graves » qui les différencie d'ailleurs d'un simple «épisode dépressif isolé, une réaction aiguë à un facteur de stress et une dysthymie légère ».

La SA [6] échoue à établir que M. [N], du fait de son placement en arrêt de travail durant une période de 6 mois pour trouble post-traumatique relevant d'une maladies mentales et affections psychiques, a épuisé ses droits à garantie.

Par courrier du 28 décembre 2015, l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité a informé M. [N] d'une évolution dans les garanties offertes par son contrat, ce courrier portant la mention suivante: pour découvrir dès à présent toutes les nouveautés apportées à votre offre, nous vous invitons à télécharger la nouvelle Notice d'Information [6] sur votre espace client.

La SA [6] fait valoir que cette notice d'information prévoit au titre des limitations de garanties que les maladies mentales et affections psychiatriques sont exclues sauf dans les conditions mentionnées au chapitre 4, articles 4-3-3-2'; 4-3-3-3 et 4-5-2 et que M. [N] ne démontre pas que les conditions de mise en 'uvre de la garantie sont réunies.

M. [N] réplique que les documents contractuels dont se prévaut la SA [6] n'ont pas été portés à sa connaissance'et ne lui sont donc pas opposables, que la clause de limite de garantie qui présente un caractère illimité et imprécis n'est pas applicable'et que le trouble bipolaire dont il souffre ne relève pas d'une affection psychiatrique ou une maladie mentale.

Comme il l'a été indiqué s'agissant d'une clause de limite de garantie, l'article L 113-1 du code des assurances ne trouve pas à s'appliquer, et il appartient à l'assureur de rapporter la preuve que l'assuré a eu connaissance des limitations de garantie invoquées.

En l'espèce, la SA [6] ne produit aucun élément démontrant que M. [N] a eu connaissance de la nouvelle notice d'information afférente à son contrat. La seule mention en page 2 d'un courrier adressé à l'assuré «' d'une nouvelle notice d'information » afférente au contrat souscrit, devant être «' téléchargée », sans que celle-ci ne soit identifiée par un code ne peut suffire. Il en est de même du courriel du 26 février 2016 qui, à la suite des interrogations de M. [N], lui rappelle les renseignements figurant dans le courrier du 28 décembre 2015 sans faire référence à la notice d'information, ou lui conseiller d'en prendre connaissance. La décision du premier juge, qui a dit non opposable à M. [N] la notice d'information dont fait état le courrier du 28 décembre 2015 et dès lors les limitations de garantie qui y sont portées, sera confirmée.

M. [N] sollicite une somme de 220 295 euros au titre des indemnités journalières afférentes à ses arrêts de travail du 5 avril 2016 au 5 avril 2019 et, à compter de cette date, du fait d'un placement en invalidité, sur la base d'une somme mensuelle de 6 029,58 euros, soit du 5 avril 2019 au 5 septembre 2020 une somme de 102 502,86 euros, sous déduction

des sommes déjà versées par la SA [6]. Il sollicite également 73 365 au titre de ses frais généraux.

La SA [6] prétend que M. [N] a perçu des indemnités journalières de 2016 à 2019 et qu'il a été rempli de ses droits. L'assureur fait également valoir que M. [N] ne produit aucun justificatif des frais réellement engagés durant la période correspondant aux arrêts de travail dont il se prévaut.

Il résulte des documents produits que M. [N] a perçu au titre des indemnités journalières :

* pour l'année 2017': 46 630 euros

* pour l'année 2018': 69 982 euros

* pour l'année 2019': 67 494 euros

soit la somme totale de 184 106 euros.

Au titre de la garantie frais généraux':

* pour l'année 2016': 8843,12 euros

* pour l'année 2017': 21 002,41 euros

* pour la période du 1er juillet 2018 au 31 janvier 2020': 58 503,20 euros

soit la somme totale de 88 348,73 euros.

M. [N], qui justifie d'un arrêt de travail pour les mois d'avril à décembre 2016, janvier 2017 à décembre 2017, de janvier 2018 au 7 janvier 2020, demande, au titre des indemnités journalières, que lui soit versé, sur la base de 6029,58 euros par mois tel que garanti': 201 euros par jour x 1095 jours = 220 295 euros et qu'il soit tenu compte des sommes déjà versées par l'assureur soit « 193 166 euros » .

La SA [6] ne conteste pas les modalités de calcul des indemnités journalières faites par M. [N].

Au vu de ces éléments, il sera alloué à M. [N] une somme de 220 295 ' 193 166 = 27 129 euros, assortie des intérêts au taux légal à compter du 16 novembre 2016, sans qu'il y ait lieu d'assortir la décision d'une astreinte sollicitée à défaut d'exécution «' du jugement ».

Concernant la demande formée au titre des frais généraux, M'. [N] sollicite pour la période du 5 avril au 5 septembre 2019, sur la base de 3 014,79 euros mensuels tel que garantis, une somme de 100,5 euros par jour x 730 = 73 365 euros. Cependant, M. [N] ne justifie pas des frais réellement engagés durant la période considérée au delà de ce qui lui a déjà été versé. Sa demande sera donc rejetée.

Il en sera de même quant à sa demande au titre d'un placement en invalidité qu'il n'appartient pas à la cour de prononcer et alors qu'il ne justifie pas en remplir les conditions, le fait d'avoir perçu des indemnités journalières durant une période de trois ans ne permettant pas automatiquement et sans examen par l'organisme compétent, un placement en invalidité.

Enfin, la demande de dommages et intérêts pour manquement à son obligation d'information et de conseil concernant la notice d'information formée à l'encontre de la SA [6] sera rejetée, cette obligation ne relevant pas de son fait.

- Sur la demande formée à l'encontre de l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité':

M. [N] fait valoir que l'Agis a manqué à son devoir d'information et de conseil en ne lui adressant pas la nouvelle notice d'information.

L'Agis soutient que par lettre du 28 décembre 2015 elle a invité l'assuré à consulter la notice d'information'et qu'aucune faute ne peut lui être reprochée.

Comme il a été indiqué, en adressant le 28 décembre 2015 un courrier à M. [N], dans lequel il était indiqué au titre des «' nouveautés »': les risques psychiatriques (maladies mentales et affections psychiatriques) sont couverts sans limitation dans le temps accompagné d'une « invitation » à télécharger la nouvelle notice d'information aux fins de connaître «'toutes les nouveautés apportées'» à l'offre initiale, ne peut satisfaire à l'obligation d'information mis à la charge de l'Agis en sa qualité d'adhérente à la convention de groupe.

La décision du premier juge, qui a retenu sa responsabilité, sera confirmée, hormis le montant des dommages et intérêts alloués à M. [N] qui seront fixés dans de plus justes proportions à la somme de 8 000 euros.

- Sur la demande d'exécution provisoire':

La demande formée par M. [N] tendant à voir ordonner l'exécution provisoire en vertu des articles 514 et 515 du code de procédure civile est sans objet, les arrêts bénéficiant de plein droit de l'exécution provisoire.

- Sur l'article 700 du code de procédure civile':

Aucune considération d'équité ne justifie de laisser à la charge de M. [U] [N] les frais irrépétibles engagés dans la présente instance. La SA [6] sera condamnée à lui payer, à ce titre, une somme de 2 000 euros. La demande formée par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité à l'encontre de M. [N] sera rejetée.

PAR CES MOTIFS':

Statuant publiquement, par arrêt contradictoire';

Déboute M. [U] [N] de sa demande tendant à voir déclarer irrecevable la demande de nullité du contrat [6] formée par la SA [6]';

Déboute la SA [6] de sa demande de nullité du contrat [6]';

Infirme le jugement le jugement en date du 28 juin 2018, sauf en ses dispositions au titre de l'article 700 du code de procédure civile et des dépens';

Statuant à nouveau des chefs infirmés'et y ajoutant:

Condamne la SA [6] à payer à M. [U] [N] une somme de 27 129 euros au titre des indemnités journalières dues'avec intérêts intérêts au taux légal à compter du 16 novembre 2016 ;

Condamne l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité à payer à M. [U] [N] une somme de 8 000 euros à titre de dommages et intérêts';

Condamne la SA [6] à payer à M. [U] [N] une somme de 2 000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile';

Condamne in solidum la SA [6] et l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité aux dépens d'appel qui pourront être recouvrés conformément à l'article 696 du code de procédure civile.

LA DIRECTRICE DES SERVICES LA PRÉSIDENTE

DE GREFFE JUDICIAIRES