

GE_GERICHTE ATAS/344/2005 vom 4. November 1992

GE Cour de justice, 1992-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_344_2005

FR: GE_GERICHTE ATAS/344/2005 du 4 novembre 1992

IT: GE_GERICHTE ATAS/344/2005 del 4 novembre 1992

Regeste

Résumé: Le délai de prescription de la première indemnité journalière commence à courir dès le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, mais au plus tôt après l'écoulement du délai d'attente contractuel. Chaque jour supplémentaire d'incapacité de travail fixe le dies a quo de la prescription de l'indemnité journalière subséquente.

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

E. 2

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal) et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA). Ainsi que cela ressort de la lecture des travaux préparatoires, cette réforme vise à améliorer la situation des assurés qui, en cas de litige avec un assureur privé portant sur des prestations complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire ou à l'assurance-accidents obligatoire, peuvent désormais saisir le tribunal des assurances (cf. Mémorial du Grand Conseil 2001-2002, p. 98, relatif à l'art. 56G al. 1 let. g du projet de loi PL 8636, devenu l'art. 56V al. 1 let. c LOJ). Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi désormais saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

Déposée dans les formes prévues par la loi (art. 89 B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA), la demande est recevable.

E. 4

L'assurance en cause est une assurance complémentaire soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA), ce que le demandeur ne conteste pas.

A/2308/2004 - 7/15 - En l'occurrence, la question qui se pose est de savoir si la défenderesse est tenue de verser les prestations que lui réclame le demandeur, à savoir des indemnités journalières de 26'947 fr. 70 correspondant à son incapacité de travail du 1er septembre 2000 au 14 mars 2001.

E. 5

août 1985 (SJ 1986 p. 513) que des indemnités annuelles dues à l'assuré victime d'une incapacité de gain, en vertu d'un contrat d'assurance-vie, ne pouvaient être assimilées à des prestations périodiques au sens de l'art. 131 CO. Il a toutefois expliqué dans cet arrêt qu'en tout état, l'exigibilité de la rente dépendait de l'état d'invalidité du demandeur, lequel était sujet à des modifications ; l'obligation de

A/2308/2004 - 9/15 - verser la rente pouvait cesser si l'incapacité de travail diminuait en-dessous d'un certain taux. Il serait donc contraire à l'esprit et au but du contrat de priver un assuré du droit aux prestations pour la seule raison que, dans le passé, il n'aurait rien réclamé durant une certaine période. Dans un récent arrêt du 23 janvier 2001 (ATF 127 III 268) le TFA a statué sur la question de la prescription d'indemnités journalières en cas de maladie et retenu que l'obligation d'indemniser de l'assureur était déclenchée par l'incapacité de travail médicalement constatée et l'écoulement du délai d'attente convenu. Selon notre Haute Cour, c'est à ce moment que devait être fixé le dies a quo du délai de prescription de deux ans pour l'ensemble des indemnités journalières réclamées pour la durée de la maladie. Toutefois, tel qu'il a été exprimé dans cet arrêt, l'avis du Tribunal fédéral ne saurait s'appliquer sans nuance à tous les cas relevant de l'assurance d'indemnités journalières, faute de quoi l'on parviendrait dans certains cas à des situations choquantes, voire injustes, que la LCA ne vise pas. Tout d'abord, il semble en contradiction avec l'opinion exprimée dans l'arrêt du 5 août 1985, sans avoir mis en évidence une volonté de modifier sa jurisprudence sur les prestations de durée en assurance privée. Par ailleurs, cet arrêt a été critiqué par Jean-Benoît MEUWLY (in PJA 3/2003 p. 303) de manière fort convaincante, ce d'autant plus qu'il est soutenu par la doctrine la plus récente (notamment SPIRO, BREHM, MAURER et BRULHART ; op. cit. note n° 73, p. 312). Selon cet auteur, chaque jour d'incapacité de travail dû à la maladie constitue un fait autonome qui donne lieu à l'exécution d'une obligation particulière de l'assureur (le versement de la somme d'argent convenue), au cas où les conditions contractuelles sont vérifiées. On ne se trouve donc pas en présence de prestations continues au contenu hétéroclite qui, parce qu'elles sont affectées à l'exécution d'une obligation commune qui les chapeaute toutes et leur donne leur sens, ne se prescrivent pas individuellement. Ainsi, dans la mesure où les exigences du sinistre particulier sont remplies pour chacune des indemnités journalières afin de déclencher la prestation correspondante, ces indemnités connaissent toutes une prescription singulière, la réalisation de leur conditions fixant de jour en jour leur dies a quo. Comme l'a soulevé MEUWLY dans l'article précité, l'application finale faite par le TFA de l'art. 46 LCA va à l'encontre du principe exprimé dans ce même arrêt d'après lequel le moment à partir duquel court la prescription est celui où les éléments qui fondent l'obligation de l'assureur sont établis. Ainsi, la réalisation des conditions permettant le versement de la première indemnité n'entraîne pas ipso facto le versement de toutes les autres, lesquelles devront à chaque fois être justifiées. Il résulte de ce qui précède que le délai de prescription de la première indemnité journalière commence à courir le premier jour de l'incapacité de

travail attestée

A/2308/2004 - 10/15 - médicalement, mais au plus tôt après l'écoulement du délai d'attente contractuel. Chaque jour supplémentaire d'incapacité de travail fixe le dies a quo de la prescription de l'indemnité journalière subséquente, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la période d'incapacité, voire l'épuisement des indemnités journalières.

E. 6

En l'espèce, les CGA du contrat d'assurance collective contiennent des clauses particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations après la fin de la période de couverture. Compte tenu de la teneur de l'art. E1 al. 2 let. b CGA, le demandeur avait droit aux prestations d'assurance tout au plus pendant les 365 jours suivant la fin du contrat. Celui-ci ayant perçu les prestations d'assurance jusqu'au 31 août 2000, alors qu'il avait été licencié avec effet au 31 août 1999, il y a lieu d'en conclure qu'il a bénéficié des prestations conventionnelles de l'assurance collective jusqu'à leur épuisement. A défaut d'entrée dans l'assurance individuelle, le droit aux prestations ne pouvait donc pas subsister au-delà de la date du 31 août 2000. En vertu des CGA, le demandeur avait le droit de demander son transfert dans l'assurance individuelle, ce que l'assurance a accepté, mais en émettant une réserve. La question qui se pose est donc de savoir s'il pouvait bénéficier de prestations d'assurance au-delà de cette date en vertu de son passage dans l'assurance individuelle, sur lequel est basée sa prétention. La défenderesse répond négativement à cette question et invoque principalement la prescription de la créance, question qui doit être résolue prioritairement. En effet, avant de déterminer si le demandeur peut exiger un passage sans ajout de réserve dans l'assurance individuelle, il y a lieu d'établir s'il a fait valoir son droit en temps utile, faute de quoi il sera forclos en tout état de cause.

E. 7

Ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, la prescription de la créance d'assurance repose sur l'art. 46 LCA, selon lequel les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. En matière d'indemnités journalières en cas de maladie, bien que le TFA ait retenu que l'obligation d'indemniser de l'assureur était en principe déclenchée par l'incapacité de travail médicalement constatée et l'écoulement du délai d'attente convenu, il y a lieu de fixer le dies a quo pour chaque jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, mais au plus tôt après l'écoulement du délai d'attente contractuel. Appliquant strictement le principe ainsi que l'a fait le TFA, on en viendrait à fixer le dies à quo au 14 avril 1999, compte tenu de la date du premier certificat médical du Dr L_____ constatant l'incapacité de travail et du délai d'attente de 30 jours convenu entre les parties. Partant, à défaut d'interruption, la prescription aurait été acquise le 14 avril 2001. Toutefois, la jurisprudence a précisé que comme toute prescription, celle de l'art. 46 LCA peut être interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (art. 135 ch. 1 CO)

A/2308/2004 - 11/15 - ou lorsque le créancier fait valoir ses droits par l'une des voies énumérées par l'art. 135 ch. 2 CO (ATF 118 II 447 consid. 4c p. 458, ATF non publié du 18 juillet 2002 en la cause 5C.114/2002). Dans la cas qui nous occupe, le demandeur a fait notifier une poursuite à la défenderesse en date du 10 octobre 2002, acte interruptif de prescription. Or, à cette époque, la prescription était déjà largement acquise pour les premières indemnités, le dies a quo remontant à près de quatre années et demie. Toutefois, en assouplissant la jurisprudence du TFA tel qu'on l'a expliqué ci-dessus, il y a lieu de tenir pour non prescrites les indemnités réclamées pour la période de deux ans précédant le

commandement de payer du 10 octobre 2002. Dans la mesure où le demandeur réclame à la défenderesse des indemnités pour la période du 1er septembre 2000 au 14 mars 2001, on doit en conclure que seules les indemnités pour la période antérieure au 10 octobre 2000 sont prescrites. Une partie des indemnités réclamées, soit celles à compter du 7 octobre 2000, n'étaient donc pas prescrites.

E. 8

Cela posé, et compte tenu du fait que le demandeur a bénéficié des prestations conventionnelles de l'assurance collective jusqu'à leur épuisement ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, se pose la question du passage dans l'assurance individuelle. Les parties ont des interprétations divergentes de l'art. E5 al. 1 CGA qui prévoit qu'en « ce qui concerne l'appréciation de l'état de santé, c'est l'état de santé à l'entrée dans l'assurance collective qui est déterminant ». Selon le demandeur, l'assurance n'ayant pas imposé de réserves à l'entrée dans l'assurance collective, elle ne pouvait en ajouter lors de l'entrée dans l'assurance individuelle. L'assurance soutient qu'il ne s'agit pas d'un droit au libre passage intégral et qu'il est possible d'émettre de nouvelles réserves, contrairement à ce qui figure dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie, inapplicable dans ce cas. L'état de santé de l'assuré à son entrée dans l'assurance collective démontrant clairement qu'il souffrait d'affections préexistantes, l'assurance était fondée à émettre des réserves, cela même s'il avait été admis sans réserves dans l'assurance collective. Le TFA a clairement exprimé dans son arrêt du 8 janvier 2001 en la cause 5C.211/2000 que l'art. 71 LAMal n'était pas applicable dans le cadre de l'assurance privée selon la LCA, de sorte qu'il y a lieu d'interpréter pour elle-même la disposition des CGA litigieuse. Dans un arrêt du 6 octobre 2004 (cause 5C.79/2004), le Tribunal fédéral a rappelé que la loi sur le contrat d'assurance (LCA) ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au Code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est

A/2308/2004 - 12/15 - applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Comme pour tous les contrats, lorsque la volonté intime et concordante des parties ne peut être établie, il convient de rechercher leur volonté présumée en interprétant leurs déclarations selon le principe de la confiance, compte tenu de l'ensemble des circonstances dans lesquelles elles ont été émises (ATF 122 III 118 consid. 2a et les arrêts cités). Il faut rechercher quel sens les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques. A cet égard, la jurisprudence récente a nuancé le principe selon lequel il y a lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre les parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un texte "clair", on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b). Il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat, chaque clause contractuelle devant être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 117 II 609 consid. 6c/bb p. 622). Une clause

d'exclusion de couverture doit être interprétée restrictivement (ATF 118 II 342 consid. 1 p. 345). Enfin, selon le principe *in dubio contra stipulatorem*, les clauses ambiguës contenues dans les contrats préformulés sont, dans le doute, à interpréter en défaveur de la partie qui les a rédigées (ATF 124 III 155 consid. 1b; 122 III 118 consid. 2a). A noter par ailleurs que la validité des conditions générales d'affaires préformées doit toutefois être limitée par la règle dite de l'inhabituel, ou de l'insolite (*Ungewöhnlichkeitsregel*), en vertu de laquelle sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (ATF 119 II 443 consid. 1a et les références citées). Pour qu'une clause soit considérée comme insolite, il ne suffit pas que le contractant soit inexpérimenté dans la branche économique en question; il faut en plus de ce critère subjectif que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 119 II 443 consid. 1a; 109 II 452 consid. 5b et les références citées).

E. 9

En l'espèce, la clause contestée prévoit que lors du passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle, en ce qui concerne l'appréciation de l'état de santé, c'est l'état de santé à l'entrée dans l'assurance collective qui est déterminant.

A/2308/2004 - 13/15 - La divergence d'interprétation porte sur ce qu'il y a lieu de comprendre par « l'état de santé à l'entrée dans l'assurance collective ». Pour le demandeur, il s'agirait de l'état de santé tel qu'il a été reconnu à ce moment par l'assureur lors de l'entrée dans l'assurance collective avec les réserves émises à ce moment précis. Il en découlerait que l'assureur ne serait pas fondé à émettre de nouvelles réserves lors de l'entrée dans l'assurance individuelle. Pour la défenderesse, cela signifie que l'on prendrait en considération l'état de santé tel qu'il était réellement à l'entrée dans l'assurance collective. Cela permettrait d'ajouter de nouvelles réserves, mais seulement pour des affections existant déjà le jour de l'entrée dans l'assurance collective. Le demandeur fonde son point de vue en s'appuyant pratiquement exclusivement sur l'art. 71 LAMal, dont il conclut qu'il remplit les conditions et qu'en conséquence l'assurance ne saurait émettre de nouvelles réserves. Cette application analogique n'est pas défendable, le Tribunal fédéral ayant rappelé à de nombreuses reprises que les principes issus de la LAMal ne pouvaient s'appliquer tels quels au domaine de la LCA et des assurances purement privées. Sur le plan littéral, les termes « en ce qui concerne l'appréciation de l'état de santé » laissent clairement entendre que l'assurance procède à une nouvelle appréciation de l'état de santé lors de l'entrée dans l'assurance individuelle, ce qui est reconnaissable pour tout un chacun. La deuxième partie de l'alinéa stipule sur quel moment précis doit se baser l'assurance pour son appréciation. Cela lui laisse la possibilité de poser de nouvelles réserves. Les CGA n'excluent ainsi pas la possibilité d'émettre de nouvelles réserves, elles limitent simplement le champ de l'assurance à un moment précis. Par ailleurs, empêcher l'assurance d'émettre des réserves lors de l'entrée dans l'assurance individuelle reviendrait à vider de sens cet art. E5 al. 1er CGA. En effet, dans un tel cas, il n'y aurait plus aucune raison de procéder à une évaluation de l'état de santé, lequel devrait correspondre à celui effectué plusieurs années plus tôt. Il y a également lieu de garder à l'esprit que les assurances privées régies par la LCA laissent volontairement la place à une certaine liberté de contracter, que l'on ne retrouve pas dans les assurances sociales obligatoires. En ce sens, la jurisprudence du

Tribunal fédéral invite à clairement séparer les deux domaines, raison pour laquelle la thèse défendue par le demandeur ne saurait être retenue dans le cadre d'une assurance privée.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, l'assurance était fondée à émettre des réserves lors de la demande de passage dans l'assurance individuelle pour les atteintes à la santé

A/2308/2004 - 14/15 - existant déjà lors de l'entrée dans l'assurance collective, ces dernières n'étant pas contestées par l'assuré. La demande doit donc être rejetée.

A/2308/2004 - 15/15 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.