

GE_GERICHTE ATAS/661/2013 vom 27. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_661_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/661/2013 du 27 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/661/2013 del 27 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

Le présent litige concerne l'exécution d'un contrat d'assurance complémentaire protégeant la perte de gain en cas de maladie du demandeur. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la Loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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 Loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMA L ; RS 832.10). La compétence de la Cour de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Une clause d'élection de for a été stipulée par adhésion aux conditions générales notamment en faveur des tribunaux du domicile suisse de l'assuré (art. 38 CGA 2006). La validité de ladite clause n'est pas remise en cause par l'une des parties. Le demandeur étant domicilié à Genève (art. 17 CPC) et la défenderesse ayant en outre procédé sur le fond sans faire de réserve (art. 18 CPC), les tribunaux genevois sont compétents ratione loci. La demande de l'assuré répond à la forme aux conditions légales (art. 130, 131 et 244 CPC). Elle n'est pas soumise à un essai préalable de conciliation (art. 198 let. f CPC ; ATF 138 III 558 consid. 4.6) ni à un délai légal. Elle est ainsi recevable. Au surplus, la procédure simplifiée est applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

E. 2

L'incapacité de travail du demandeur, partielle du 5 mars au 1er avril 2012 et totale depuis la date précitée, ainsi que son droit, sur la base du contrat du 5 octobre 2011, à une indemnité journalière entière depuis le 4 avril 2012 (compte tenu du délai d'attente de 30 jours) sont établis et non contestés en l'espèce. Le litige porte sur le montant de ladite indemnité. Le demandeur considère qu'elle doit correspondre au revenu maximum assuré, dans la mesure où le contrat comporte une assurance de sommes. La défenderesse soutient qu'il s'agit au

A/574/2013 - 9/15 - contraire d'une assurance de dommages, en conséquence de quoi l'indemnité ne peut pas dépasser la perte de gain effective du demandeur. a) L'assurance collective perte de gain maladie est une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins régie par la LAMA L. Une telle assurance complémentaire est soumise à la Loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1) (ATF 133 III 439 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_567/2009 du 4 février 2010, consid. 1.1). La LCA établit une distinction entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA), d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA), d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions. L'assurance de personnes se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire : elle est une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit.

Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre la maladie, a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires ; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF 104 II 44 consid. 4c ; 119 II 361 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.243/2006 du 19 avril 2007, consid. 3.1). Celui qui signe un texte comportant une référence expresse à des conditions générales est lié au même titre que celui qui appose sa signature sur le texte même des conditions générales. Il importe peu à cet égard qu'il ait réellement lu les conditions générales en question (ATF 119 II 443 consid. 1a ; 109 II 452 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_511/2012 du 8 octobre 2012, consid. 5.1). Les conditions générales s'interprètent comme les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; 135 III 410 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_511/2012 du 8 octobre 2012, consid. 5.1), ce, conformément à la règle de la clause insolite, sous réserve d'une clause inhabituelle, laquelle doit être écartée si l'attention de cocontractant n'a pas été spécifiquement attirée sur son existence (ATF 135 III 1 consid. 2.1 ; 119 II 443 consid. 1a). La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. Le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO). Si cette volonté ne peut être établie en fait, le juge

A/574/2013 - 10/15 - interprétera les déclarations et les comportements des parties selon le principe de la confiance, en recherchant comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances ; le principe de la confiance permet ainsi d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; 133 III 675 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_567/2009 du 4 février 2010, consid. 2.1). Les circonstances déterminantes sont celles qui ont précédé ou accompagné la manifestation de volonté à l'exclusion des événements postérieurs (ATF 133 III 61 consid. 2.2.1). Si une clause est peu claire ou ambiguë, son auteur doit se laisser opposer l'interprétation qui lui est la moins favorable ("*in dubio contra stipulatorem*") (ATF 122 III 118 consid. 2a ; 124 III 155 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.168/2005 du 23 janvier 2006, consid. 2.2). b) En l'espèce, les parties sont liées par un contrat d'assurance maladie complémentaire soumis aux dispositions de la LCA. Leur position diverge au sujet de son interprétation et leur réelle et commune intention sur ce point ne résulte pas du dossier. Il y a donc lieu d'examiner de quelle manière le contrat en cause doit être interprété conformément au principe de la confiance, en prenant en considération les déclarations des parties ainsi que toutes autres circonstances pertinentes ayant entouré ou précédé sa conclusion. Le contrat stipule un montant de 80'000 fr. au titre de l'intégralité des revenus du travail assurés, en cas de maladie, pour une durée de 730 jours et après un délai d'attente de 30 jours par cas. Il renvoie pour le surplus à l'application des CGA 2006, lesquelles en font partie intégrante et lient les parties conformément à la jurisprudence suscitée. Les CGA 2006 précisent que l'assurance couvre les conséquences économiques d'une incapacité de

travail résultant d'une maladie (art. 1). Les assurés indépendants, dont le salaire ne figure pas dans la comptabilité de leur entreprise, sont couverts au maximum à hauteur du revenu indiqué dans la police (art. 6.2). Lorsqu'ils annoncent une incapacité de travail, ils doivent fournir à l'assurance, en plus d'une attestation de leur médecin, la preuve de la perte de revenu, sans laquelle le droit aux prestations ne naît pas (art. 13.1 et 13.2). Les indemnités journalières versées ne peuvent pas dépasser la perte de revenu de l'assuré, à défaut de quoi il en résulte un gain d'assurance, exclu sous réserve des prestations d'assurances de somme, de capital et de rente qui ont été conclues dans le cadre de la prévoyance libre (art. 22). Il résulte du texte des art. 13.1, 13.2 et 22 susmentionnés que le contrat des parties comporte une assurance de dommages, les prestations y relatives étant subordonnées à la preuve d'une perte de revenu effective. Lesdites clauses ne sont pas inusuelles de sorte qu'elles devraient être écartées au motif que l'attention du

A/574/2013 - 11/15 - demandeur n'aurait pas été spécifiquement attirée sur elles. Elles ne revêtent en outre pas une quelconque ambiguïté impliquant qu'elles soient interprétées d'une manière plus favorable à l'assuré. Il n'est pas non plus établi que, par des déclarations ou par leur attitude lors de la conclusion du contrat, les parties aient exprimé une volonté divergeant du texte du contrat. c) Le demandeur se prévaut des indemnités arrêtées au montant maximum assuré de 80'000 fr. par an qu'il a reçues entre 2005 et 2007 d'une part, et du 4 avril au 31 juillet 2012 d'autre part. Il explique qu'il considérait être couvert par une assurance de sommes, dans la mesure où il avait été systématiquement indemnisé à hauteur du montant maximum prévu par le contrat et qu'il était en conséquence fondé à croire avoir conclu une telle assurance en octobre 2011. Or, le demandeur ne pouvait déduire des circonstances précitées que le contrat du 5 octobre 2011 était une assurance de sommes. En effet, il s'agissait d'un nouveau contrat, renvoyant qui plus est à d'autres conditions générales. Le demandeur ne pouvait donc pas partir du principe, sans indication ou assurance de la défenderesse dans ce sens, que les conditions y relatives seraient identiques à celles des précédents contrats, voire identiques à l'interprétation qu'il en faisait. Par ailleurs, le demandeur a certes perçu, dans le cadre de deux cas maladie distincts, des indemnités maximales entre 2005 et 2007 sans que l'assurance ne lui précise que les indemnités avaient été accordées sur la base de la perte effective de son revenu. La détermination de ladite perte n'est par ailleurs pas établie. La défenderesse a, en outre, dans le cadre des échanges avec l'assuré après le 7 septembre 2012, affirmé qu'un tel calcul avait été omis. Ce n'est que dans la présente procédure qu'elle expose avoir, le 16 mars 2005, arrêté le revenu effectif de l'assuré à 74'366 fr. 20 sur la base de ses comptes 2003, et octroyé à ce dernier l'indemnité maximale dans la mesure où un tel revenu dépassait le 90% du salaire assuré. Il n'en demeure pas moins que, dans les deux précédents cas de maladie, le demandeur était également lié par une assurance de dommages conformément aux conditions générales valables antérieurement (art. 20 CGA 99/2000), et, surtout, qu'il a dû démontrer sa perte de revenu. Tout d'abord, le 3 mars 2005, la défenderesse lui a demandé à cette fin ses comptes d'exploitation 2003 et 2004, à la suite de quoi le demandeur lui a communiqué son compte de pertes et profits 2003. Ensuite, le 18 avril 2006, le demandeur a spontanément transmis à son assurance son compte d'exploitation 2005, en précisant que devaient être ajoutées à son revenu les indemnités journalières de 31'780 fr. 80 au total reçues l'année précédente.

A/574/2013 - 12/15 - Le demandeur avait ainsi conscience en 2005 et 2007 que le montant des indemnités journalières dues était lié à son revenu, quand bien même l'assurance ne lui a

jamais précisé avoir procédé au calcul dudit revenu. Enfin, conformément à la jurisprudence sus-rappelée, les circonstances s'étant produites après la conclusion du contrat, lors de l'annonce du cas de maladie survenue en 2012, ne sont pas déterminantes dans le cadre de son interprétation. Elles ne diffèrent au demeurant pas de celles susmentionnées, le demandeur ayant également dû transmettre à la défenderesse son compte d'exploitation le 5 mars 2012. d) En conclusion, conformément au principe de la confiance, le contrat des parties doit être tenu pour une assurance de dommages au vu de son texte et de l'absence de circonstances permettant de s'écarter de son interprétation littérale. Pour le surplus, le demandeur ne soulève aucun grief à l'encontre du calcul effectué par la défenderesse relatif à son revenu effectif entre 2009 et 2011. Il paraît, au demeurant, correct au vu des pièces au dossier. La défenderesse n'a ainsi pas violé le contrat en fixant, dès le 1er août 2012, les indemnités du demandeur sur la base de la perte effective de son revenu.

E. 3

Indépendamment de la question du respect du contrat, le demandeur reproche à la défenderesse d'avoir modifié soudainement et unilatéralement le calcul des indemnités. Il convient dès lors d'examiner si une telle attitude peut être considérée comme abusive. a) L'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi (art. 2 al. 2 CC). Ce principe permet de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Le juge apprécie la question au regard des circonstances concrètes, qui sont déterminantes. L'emploi dans le texte légal du qualificatif "manifeste" démontre que l'abus de droit doit être admis restrictivement. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique de façon contraire à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 137 III 625 consid. 4.3 ; 135 III 162 consid. 3.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_38/2013 du 12 avril 2013, consid. 2.1). L'exercice d'un droit peut se révéler abusif si l'attitude de la partie qui agit contredit son comportement antérieur et que des attentes légitimes de l'autre partie s'en trouvent déçues. Le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de

A/574/2013 - 13/15 - l'invalidité de cette même convention, n'est cependant constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées. Il faut par exemple que ce cocontractant ait proposé lui-même la convention contraire aux règles impératives, dans son propre intérêt et en connaissance de l'invalidité, de sorte qu'il a acquis un droit de façon déloyale (ATF 133 III 61 consid. 4.1 ; 129 III 493 consid. 5.1). La partie qui reproche à l'autre un abus de droit doit prouver les circonstances particulières qui, dans le cas concret, autorisent à retenir l'exercice abusif d'un droit. Cette question est cependant examinée d'office par le juge sans devoir être expressément soulevée par l'une des parties (ATF 133 III 497 consid. 5.1 ; 121 III 60 consid. 3d). b) Il apparaît en l'espèce que la défenderesse n'a pas examiné correctement la situation de son assuré à réception de la déclaration de maladie de ce dernier le 28 mars 2012. Dès le 4 avril 2012, elle lui a versé l'indemnité maximale ainsi qu'elle l'avait fait dans le cadre des deux derniers cas, avant de réaliser son erreur environ quatre mois plus tard. Elle a alors demandé à l'assuré plus d'informations sur ses revenus, rectifié le calcul de ses indemnités et renoncé à exiger le remboursement de la surindemnisation pour la période écoulée. Rien ne permet de conclure que, du 4 avril au 31 juillet 2012, la défenderesse avait conscience de surindemniser son assuré. Les prestations indues ont été versées sur une période limitée et aucune information ou assurance

particulière n'a été donnée au demandeur au sujet de leur fixation. Au vu de ces éléments, il ne peut être reproché à la défenderesse d'avoir suscité une attente légitime chez le demandeur telle qu'elle ne pouvait revenir sur son calcul initial erroné sans commettre un abus de droit. La solution inverse apparaîtrait même choquante, dans la mesure où elle aurait pour conséquence de lier l'assurance à un calcul appliqué par erreur pendant quatre mois pour toute la durée de l'indemnisation subséquente. Il n'existe ainsi pas de circonstances particulières permettant de retenir que la défenderesse a manifestement abusé de son droit en exigeant le respect du contrat.

E. 4

Au vu de ce qui précède, la défenderesse n'a pas violé le contrat d'assurance du 5 octobre 2011 ni commis un abus de droit, en réduisant les indemnités journalières du demandeur de 218 fr. 579 à 93 fr. 337 dès le 1er août 2012. L'assuré n'est donc pas fondé à exiger le versement de la différence entre ces deux montants à partir de la date précitée. Le demandeur prétend également au paiement de dommages-intérêts sous la forme du remboursement des frais de défense engagés avant l'ouverture du procès. Cette prétention est cependant d'emblée exclue, dès lors que la défenderesse n'a pas manqué à ses devoirs contractuels (art. 97 CO). L'action en paiement du demandeur doit ainsi être rejetée.

A/574/2013 - 14/15 -

E. 5

Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 114 let. e CPC). Il n'est pas non plus alloué de dépens à la défenderesse, celle-ci ayant agi en personne sans assumer des frais particuliers en relation avec la procédure. *****

A/574/2013 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant en procédure simplifiée A la forme :

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