

**Faits:** Depuis 1984, E. P. a contracté auprès de la Genevoise, Compagnie d'Assurances sur la vie (ci-après: la Genevoise), des polices d'assurance-maladie collective pour son personnel. Il était lui-même assuré de manière individuelle auprès de l'Alpina Assurances.

Le 28 septembre 1987, P. a signé auprès de la Genevoise une proposition d'assurance-maladie collective couvrant, outre ses employés, lui-même et son épouse. L'entrée en vigueur du contrat était fixée au 1er janvier 1989, son échéance au 31 décembre 1993. Au moment de contracter la police, J.-F. C., conseiller en assurances, a discuté avec P. du contenu des conditions générales d'assurances 1985 de la Genevoise (ci-après: CGA) et lui en a remis un exemplaire.

Le 23 février 1989, la Genevoise a délivré à P. une police d'assurance N° ..., prévoyant, conformément à la proposition remise, le versement, en cas de maladie ou d'accident, d'une indemnité journalière correspondant à 80% de son salaire pendant 720 jours, après un délai d'attente de 14 jours. Etais annexé au contrat pour en faire partie intégrante un exemplaire des CGA.

Selon l'art. 12 CGA, l'indemnité était due aussi longtemps que l'assuré, en traitement médical, était incapable de travailler, la durée de son droit étant fixée dans la police.

Sous le chapitre "fin de la couverture d'assurance", l'art. 9.01 lit. a CGA, stipulait que chaque assuré perdait sans autre le bénéfice de la couverture à l'échéance du contrat. L'art. 9.02 CGA précisait que si une personne assurée était au bénéfice de prestations, lors de l'extinction de l'assurance conformément à l'art. 9.01 let. a), celles-ci continuaient à lui être versées pendant 100 jours au plus, dans la mesure où son droit n'était pas déjà épuisé. C. n'a pas été à même d'indiquer s'il avait bel et bien attiré l'attention de P. sur l'art. 9.02 CGA, précisant, toutefois, que tel était d'ordinaire le cas lorsqu'il conseillait un client en matière d'assurance-maladie collective.

L'art. 22.02 CGA prévoyait le renouvellement tacite du contrat, d'année en année, aussi longtemps qu'il n'était pas dénoncé, de part ou d'autre, par lettre recommandée remise à la poste au moins trois mois avant l'expiration du terme pour lequel il avait été conclu ou renouvelé.

Victime d'une chute le 3 décembre 1989, P. a été opéré du dos en janvier 1990. Le 22 décembre 1992, une déchirure du muscle à un mollet lui a occasionné un arrêt de travail à 100% jusqu'au 8 avril 1993. P. se plaignant toujours de douleurs dorsales, son médecin traitant a estimé son incapacité de travail à 100% du 9 avril 1993 au 3 décembre 1993. Dès le 4 décembre 1993, son taux d'incapacité a été ramené à 80% pour une durée indéterminée.

Durant l'année 1993, P. a bénéficié des prestations de la Genevoise. Par lettre recommandée du 20 septembre 1993, alors qu'il se trouvait toujours en incapacité de travail, cette dernière a résilié le contrat d'assurance pour le terme contractuel fixé au 31 décembre 1993. En application de l'art. 9.02 CGA, elle a encore versé à son assuré des indemnités journalières pendant 100 jours, soit jusqu'au 10 avril 1994, puis a cessé ses paiements.

**Motifs:** L'assurance maladie est en règle générale l'affaire des caisses maladies privées ou publiques qui ont été reconnues selon les dispositions de la loi sur l'assurance maladie (applicable au moment des faits litigieux). Dans la mesure où des sociétés d'assurances offrent d'assurer contre la maladie, la LCA leur est applicable; de telles institutions sont d'ailleurs soumises à la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privée (LSA) (Maurer, Einführung in das schweizerische Privatversicherungsrecht, 1976, p. 372). La

qualification juridique de l'assureur détermine donc la nature privée ou publique du rapport de droit ainsi créé avec l'assuré (Nef, Zum Verhältnis von Privatrecht und öffentlichem Recht in der Sozialversicherung, in le droit des assurances sociales en mutation, 1992, p. 140).

En l'occurrence, la défenderesse est une société anonyme; mis à part le secteur privé, elle assure également les personnes contre la maladie et propose notamment aux assurés une assurance-maladie collective. La police d'assurance ainsi que les CGA font d'ailleurs référence à la LCA. En outre, en application de l'art. 8 LSA, les CGA ont été approuvées par l'Office des assurances privées. La prétention litigieuse est ainsi une prétention de droit civil et le Tribunal cantonal est donc compétent *ratione materiae*.

Déterminée par les conclusions de la demande, entièrement contestées par la défenderesse, la valeur litigieuse s'élève à 17'408 francs. Ce montant fonde la compétence *ratione valoris* du Tribunal cantonal en première et unique instance cantonale (art. 5 al. 1 CPC en relation avec art. 46 OJ).

Quant à la compétence du tribunal à raison du lieu, elle est donnée par l'art. 27.02 CGA, prévoyant un for au domicile suisse du preneur d'assurance.

Le demandeur soutient que l'art. 9.02 CGA autorisant l'assureur à suspendre ses prestations 100 jours après la résiliation du contrat est une clause insolite et partant nulle. Ayant perçu 448 indemnités journalières, il en réclame le solde, soit 272 indemnités (720 - 448), représentant, eu égard à son taux d'incapacité de 80%, 17'408 fr. [(80 fr. x 80%) x 272].

Le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé dans la LCA (art. 100 LCA). Le principe de la liberté contractuelle est donc le fondement du contrat d'assurance. Mis à part certaines dispositions impératives et relativement impératives (art. 97 al. 1 et 98 al. 1 LCA), les parties sont libres de déterminer comme elles l'entendent le contenu du contrat selon le principe de l'autonomie privée (Maurer, op. cit. 3ème éd. p. 150 ss).

La LCA prévoit quelques cas de résiliation unilatérale du contrat d'assurance et pose des règles dont certaines sont relativement impératives; elles concernent cependant des situations particulières, irrelevantes en l'espèce. Pour le reste le principe général de l'autonomie des parties s'applique. Le contrat d'assurance doit donc régler les questions relatives au délai et au terme de résiliation (Maurer, op. cit. p. 231). Quant à l'obligation pour l'assureur de payer des prestations au-delà de la durée du contrat lorsque ce dernier a été résilié, le principe de la liberté contractuelle demeure. Ce n'est qu'en l'absence de clauses contractuelles précises que l'assureur reste tenu à des prestations au-delà de la validité du contrat (Maurer, op. cit. p. 240).

En l'espèce, le contrat d'assurance conclu par les parties était régi par la police N° .. incluant les CGA 1985, dont le demandeur a eu connaissance dès la signature de la proposition d'assurance. L'art. 22.02 CGA réservant le droit de résiliation des parties avant l'échéance contractuelle, de même que l'art. 9.02 - réglementant la durée des prestations au-delà de la fin du contrat, ne contreviennent à aucune disposition impérative ou relativement impérative de la LCA. Reste à déterminer si, comme le soutient le demandeur, l'art. 9.02 CGA constitue une clause insolite.

Les dispositions des conditions générales d'un contrat d'assurance ont valeur de règles contractuelles; elles déterminent les droits et obligations des parties. En matière d'assurance, elles sont approuvées par l'Office fédéral des assurances privées. Cette approbation ne lie cependant pas le juge civil qui est libre de les interpréter (Maurer, op. cit. p. 159). Dans certaines hypothèses, les conditions générales ou certaines clauses qu'elles contiennent n'ont pas d'effet en dépit de leur intégration au contrat. Tel est le cas, notamment, lorsque les conditions acceptées globalement par une partie renferment une clause insolite (Unge-wöhnlichkeitsregel), c'est à dire une clause avec laquelle cette partie n'avait pas compté et ne devait pas compter au moment de la conclusion du contrat. Il en va ainsi des clauses in-

habituelles, soit des clauses s'écartant du contenu auquel on pouvait raisonnablement s'attendre (ATF 109 II 452 consid. 4 et les références citées).

En règle générale, seule une partie faible ou inexpérimentée peut invoquer le principe de la clause insolite. Il faut se placer du point de vue de celui qui consent à la clause litigieuse au moment de la conclusion du contrat; la réponse est individuelle, une clause usuelle dans une branche de l'économie pouvant être insolite pour qui n'est pas de la branche. Le problème étant toutefois dominé par le principe de la confiance, on ne tablera sur les conceptions personnelles du contractant que dans la mesure où elles sont reconnaissables pour l'autre partie. Par ailleurs, en plus du critère subjectif de l'inexpérience du contractant dans la branche économique en question, il faut que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire. Sont étrangères à l'affaire les dispositions qui en modifient essentiellement la nature ou sortent notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 109 II 452 consid. 5 et les références citées).

En l'espèce, le demandeur a échoué dans la preuve, qui lui incombait, du caractère insolite de l'art. 9.02 CGA. En effet, objectivement, cette disposition ne porte ni une atteinte essentielle à la nature du contrat - qui demeure une assurance couvrant les risques liés à la santé de l'assuré -, ni ne déroge en aucune manière au système légal - qui, précisément, n'a rien prévu de particulier dans une telle hypothèse -. Au contraire, le principe est celui de l'autonomie contractuelle, le contrat pouvant régler cette situation comme les signataires le désirent. Ce n'est qu'en l'absence d'accord formel sur ce point que l'assureur peut être amené à fournir ses prestations au-delà de l'échéance du contrat. Or, en l'espèce, l'art. 9.02 CGA pose de manière claire, précise et sans équivoque, ce que le demandeur ne conteste d'ailleurs pas, que l'obligation de l'assureur s'éteint après 100 jours. Ce type de clause est, de surcroît, usuel et figure dans les CGA de plusieurs assureurs (Meuwly, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse, Fribourg 1994, p. 154).

Du point de vue subjectif il apparaît que, ayant régulièrement conclu des contrats du même genre pour son personnel auprès de la défenderesse depuis 1984, le demandeur bénéficiait d'une certaine expérience en la matière; à tout le moins avait-il eu l'occasion de se familiariser avec les CGA de cette compagnie. Or, il n'a ni allégué ni démontré que celles afférentes à ses précédentes polices ne contenaient pas une clause identique à l'art. 9.02 CGA, l'introduction de cette disposition dans l'édition 1985 présentant, sous cet angle, un caractère inhabituel à ses yeux. A supposer, encore, qu'il ait attaché une importance particulière à l'obligation de couverture de la défenderesse au-delà de l'échéance du contrat, rien n'indique que cette volonté ait été reconnaissable pour cette dernière. A cet égard, peu importe de savoir si C. a ou non attiré son attention sur cette clause. Ayant disposé d'un exemplaire des CGA dès la signature de la proposition d'assurance, le demandeur avait tout le temps d'en prendre connaissance et, cas échéant, de rétracter son offre dans le délai de 14 jours, voire dans le délai d'un mois si l'assureur exigeait un examen médical (art. 1 al. 1 et 2 LCA et la mention figurant au bas de la proposition d'assurance). Enfin, dans l'hypothèse où l'art. 9.02 CGA ne concordait pas avec d'éventuels accords convenus au moment de la signature de la proposition d'assurance, il incombait au demandeur de solliciter une rectification dans les quatre semaines dès la réception de la police (cf. art. 12 LCA et la mention figurant au bas de la police d'assurance).

L'art. 9.02 CGA liant, en définitive, valablement les parties, le demandeur n'est pas fondé à réclamer des prestations de la défenderesse au-delà du 10 avril 1994. Partant, sa demande doit être rejetée.

Vu le sort de l'action, les frais de procédure et de jugement sont mis à la charge du demandeur (art. 302 al. 1 CPC).

P R O N O N C E

1. La demande est rejetée.
2. Les frais de procédure et de jugement sont mis à la charge d'E. P.