

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2790/2018

ATAS/253/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mars 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à NEYDENS, France

demandeur

contre

CONCORDIA ASSURANCE SA, sise Service juridique,
Bundesplatz 15, LUCERNE

défenderesse

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny SANDMEIER et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le ____ 1996 et domicilié en France, a travaillé à plein temps en qualité de couvreur ferblantier pour le compte d'une société active dans les ressources humaines et le placement de travailleurs à compter du 14 juillet 2014. Son salaire horaire était de CHF 32.44.
2. À ce titre, il bénéficiait d'une assurance collective perte de gain en cas de maladie conclue par son employeur auprès de CONCORDIA ASSURANCES SA (ci-après : CONCORDIA ou l'assurance). Selon la police d'assurance n° 1_____ l'indemnité journalière s'élevait à 80 % du salaire, treizième salaire compris, et était versée pour une durée maximale de 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de deux jours.
3. Par déclaration à l'assurance du 26 août 2014, l'employeur a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 13 août 2014, en raison d'une maladie.
4. Du 13 août 2014 au 11 août 2016, l'assurance a versé des indemnités journalières à l'assuré en raison de son incapacité de travail. Elle lui a octroyé l'intégralité des indemnités journalières jusqu'au 5 septembre 2015, puis des indemnités journalières de 30 % du 6 septembre 2015 au 11 août 2016 (cf. ATAS/240/2016 du 22 mars 2016 et ATAS/325/2017 du 18 avril 2017).
5. Par courrier du 27 juillet 2018, CONCORDIA a informé l'assuré que la caisse suisse de compensation (ci-après : la CSC) lui avait communiqué qu'elle avait accordé à ce dernier des prestations de l'assurance-invalidité de CHF 481.- par mois à partir du 1^{er} septembre 2015. Conformément à l'art. 50.2 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA), l'assurance était en droit de demander directement à la CSC la restitution des prestations qu'elle avait avancées. Le calcul du montant dépassant le total des indemnités garanties par CONCORDIA, soit la surindemnisation, se décomposait comme suit :

Prestations CONCORDIA du 01.09.2015 au 11.08.2016 :	CHF 14'980.75
+ Prestations de l'assurance-invalidité du 01.09.2015 au 11.08.2016 :	CH 5'464.80
- Versements d'indemnités journalières du 01.09.2015 au 11.08.2016 :	- CHF 14'890.75
Surindemnisation :	CHF 5'464.80

6. Le 6 août 2018, la CSC a adressé à l'assuré un décompte de prestations faisant état d'un solde en sa faveur de CHF 797.40 pour le mois de septembre, calculé sur la base d'un montant de CHF 6'262.20 de prestations dues (arréage de rente du

1^{er} septembre 2015 au 31 octobre 2016), dont CHF 5'464.80 étaient déduits en raison de la surindemnisation signalée par CONCORDIA.

7. Par courrier du 19 août 2018, l'assuré s'est adressé à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève, indiquant "porter plainte" contre CONCORDIA en raison du remboursement par la CSC de la somme de CHF 5'464.80.
8. Par réponse du 7 septembre 2018, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité de cette demande, subsidiairement à son rejet.
9. Les parties ont renoncé à la tenue d'une audience de débats.
10. L'assuré n'a pas fait usage de son droit de réplique dans le délai imparti par la chambre de céans.

EN DROIT

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 la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

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

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur 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.

En l'occurrence, l'art. 56 des CGA prévoit qu'en cas de contestation découlant du contrat, le preneur d'assurance, respectivement l'assuré, a le choix entre le for de Lucerne, ou celui de son domicile en Suisse, ou celui de son lieu de travail. Le lieu de travail du demandeur se trouvant à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur sont liés par un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA. Par cette convention, le demandeur, en tant que collaborateur de l'employeur, était couvert contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré que ce

dernier peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, disposition de droit impératif (cf. art. 98 LCA ; ATF 141 III 112 consid. 4.3).

Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

4. 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).

5. a. 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).

À teneur de l'art 244 al. 1 CPC, la demande peut être déposée dans les formes prescrites à l'art. 130 ou dictée au procès-verbal au tribunal. Elle contient la désignation des parties (let. a), les conclusions (let. b), la description de l'objet du litige (let. c), si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d), ainsi que la date et la signature (let. e). Une motivation n'est pas nécessaire (art. 244 al. 2 CPC).

b. Les conclusions doivent être formulées de manière à ce qu'elles puissent être reprises dans le dispositif de la décision et être exécutées en cas d'admission de la demande (PAHUD, in *Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO)*, Brunner et al., 2^{ème} éd. 2016, n. 7 ad art. 221 CPC). Le demandeur doit ainsi indiquer de manière concrète, claire et déterminée ce qu'il réclame (WILLISEGGER, in *Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung*, 3^{ème} éd. 2017, n. 12 ad art. 221 CPC).

L'application du principe de la confiance impose d'interpréter les conclusions à la lumière de la motivation. L'interdiction du formalisme excessif commande, pour sa part, de ne pas se montrer trop strict dans la formulation des conclusions si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant (arrêts du Tribunal fédéral 4A_688/2011 du 17 avril 2012 consid. 2 non publié in ATF 138 III 425 ; 2C_861/2015 du 11 février 2016 consid. 1.2).

Lorsque des conclusions ne sont pas claires ou incomplètes, la demande est irrecevable (WILLISEGGER, op. cit. n. 20 ad art. 221 CPC).

Dans l'interprétation selon le principe de la bonne foi, l'autorité peut tenir compte du fait que le demandeur n'est pas représenté par un avocat et a rédigé lui-même ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_551/2008 du 12 mai 2009 consid. 2.3).

c. En l'occurrence, le demandeur, qui comparait en personne, n'a pas pris de conclusions formelles. Il ressort toutefois de la motivation de son écriture, rédigée à la main et de manière succincte, qu'il demande le remboursement du montant

restitué par l'assurance-invalidité à la défenderesse. La chambre de céans comprend dès lors que le demandeur conteste le principe de la restitution de la somme de CHF 5'464.80 à l'assurance perte de gain. La demande est dès lors également recevable sous cet angle.

6. Le litige porte ainsi sur le bien-fondé de la prétention en restitution de CHF 5'464.80 que la défenderesse fait valoir à titre de surindemnisation.

a. Conformément à la norme impérative de l'art. 71 al. 1 LCA (art. 97 al. 1 LCA), relative au cumul des prestations d'assurances de dommage, en cas de double assurance au sens de l'art. 53 LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées. Cette disposition concrétise, en matière de contrat d'assurance contre les dommages, le principe indemnitaire, qui a pour corollaire la prohibition de la surindemnisation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 66/00 du 28 juin 2002 consid. 5b et les références).

Selon l'art. 53 LCA, il y a double assurance lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque et pour le même temps de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance.

b. En matière d'assurance privée, les parties peuvent convenir d'une assurance de personnes (dite aussi assurance de sommes) ou d'une assurance contre les dommages.

Pour ranger une prestation donnée dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, il faut se demander si ladite prestation couvre un dommage concret ou si elle doit être effectuée indépendamment de l'existence d'un préjudice effectif (ATF 119 II 361 consid. 4). L'assurance de personnes se distingue de l'assurance de dommage par sa nature non indemnitaire : il s'agit d'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 119 II 361 consid. 4 ; 104 II 44 consid. 4c). Lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (arrêt du Tribunal fédéral 4A_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3). Une telle assurance compense un dommage effectif ; l'ampleur de la prestation dépend par conséquent de l'étendue du préjudice subi par l'assuré

(Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2^{ème} éd. 2017, n° 1071ss, p. 521). Lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, il s'agit d'une assurance de sommes (ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 ; 119 II 361 consid. 4). Dans ce cas, le dommage effectif est sans incidence sur l'allocation de la prestation (Vincent BRULHART, *op. cit.*, n° 1073 p. 521). Dans les assurances de sommes, la surindemnisation de l'ayant droit est possible et les prestations versées par un assureur social ne peuvent pas être imputées sur les allocations journalières dues par l'assureur privé, à moins que les conditions générales d'assurance ne prévoient exceptionnellement une telle imputation (ATF 133 III 527 consid. 3.2.5).

c. Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au Code des obligations. Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la « réelle et commune intention des parties », le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance ; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat ; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1).

Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi

(ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre 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 al. 1 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).

De façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës (« *in dubio contra stipulatorem* » ; « *Unklarheitsregel* ») (ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration ; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons (« *zweideutig* ») et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

d. D'après la jurisprudence, le point de savoir si, et, cas échéant, dans quelle mesure, l'assurance perte de gain en cas de maladie dispose d'une créance en restitution à l'encontre d'un assuré doit, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré ; celui-ci devait contester le principe de la restitution et, cas échéant, l'étendue de celle-ci directement auprès de l'assurance perte de gain. La décision de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) sur le paiement direct à l'assurance perte de gain en cas de maladie ne concerne que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée s'agissant du bien-fondé et du montant de la créance en restitution de l'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_287/2014 du 16 juin 2014 consid. 2.2 ; 4A_24/2012 du 30 mai 2012 consid. 4.3 non publié in ATF 138 III 411 ; I 296/03 du 21 octobre 2004 consid. 4.2).

Le principe selon lequel les contestations sur le bien-fondé et le montant de la créance de restitution de l'assureur perte de gain en cas de maladie doivent être résolues directement entre celui-ci et la personne assurée, et non dans la procédure en matière d'assurance-invalidité dans laquelle l'office AI n'a pas à traiter de ce rapport juridique, est valable de manière identique que les indemnités journalières de l'assureur perte de gain soient fondées sur le droit public (art. 67 ss LAMal) ou

sur le droit privé (LCA). Est seul déterminant que l'assuré dispose d'une voie de droit directe à l'encontre de l'assureur pour contester le bien-fondé et le montant de la prétention en restitution. Le fait qu'il s'agisse d'une question de surindemnisation et qu'il existe donc une certaine proximité avec une contestation du droit des assurances sociales ne suffit pas à soumettre le litige à la procédure de recours applicable en droit de l'assurance-invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_287/2014 précité consid. 2.2 ; 8C_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 ; I 296/03 précité consid. 4.3 et les références citées).

7. En l'espèce, l'art. 5.1 des CGA prévoit que l'assureur garantit une protection d'assurance pour les conséquences économiques engendrées par une incapacité de travail par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident. Il s'ensuit que le contrat d'assurance conclu par l'ex-employeur du demandeur constitue une assurance contre les dommages, comme le stipule du reste expressément l'art. 5.2 des CGA. Il n'est dès lors pas possible de cumuler les prétentions en versement des indemnités journalières prévues par le contrat d'assurance avec d'autres prétentions en raison du même événement dommageable. L'assurance dispose dans ce cas d'un droit au remboursement du montant de la surindemnisation. L'art. 50.1 des CGA précise en effet que le droit contractuel issu de l'assurance collective d'indemnités journalières est réduit des prestations d'autres assurances privées ou sociales ainsi que du revenu professionnel pouvant être obtenu dans les limites de ce qui peut être exigé. Dans tous les cas, ce sera tout au plus la prestation contractuelle qui sera versée. D'après l'art. 50.2 des CGA, en cas d'une éventuelle obligation à prestations de la part d'assureurs sociaux, l'assureur est en droit de revendiquer, directement auprès d'eux, la restitution des prestations qu'il a fournies à titre d'acomptes. L'assureur exige directement de l'assurance-invalidité fédérale la restitution en particulier des prestations qu'il fournit eu égard à une rente invalidité et ceci à partir du début de la rente. Le montant de la demande en restitution correspond à celui de la surindemnisation selon l'art. 50.1 des CGA.

Ces dispositions contractuelles consacrent expressément l'interdiction de la surindemnisation et permettent à la défenderesse de s'adresser aux organes de l'assurance-invalidité afin d'exiger le versement de l'arriéré de la rente d'invalidité en compensation de son avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Or il n'est pas contesté que la défenderesse a versé au demandeur des prestations à hauteur de CHF 14'890.75 pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 11 août 2016 et que cette période est comprise dans celle pour laquelle le demandeur a droit à un rétroactif de l'assurance-invalidité. Ainsi, en s'adressant directement à l'assurance-invalidité afin d'obtenir le remboursement des avances effectuées, la défenderesse a agi dans le respect des dispositions contractuelles et de la volonté des parties.

Il s'ensuit que la défenderesse était fondée à requérir la restitution du montant constituant la surindemnisation, montant qui n'est pas contesté en tant que tel. Il convient à cet égard de rappeler que la question du montant des indemnités journalières dues par la défenderesse entre le 1^{er} décembre 2014 et le 11 août 2016

a fait l'objet de deux arrêts de la chambre de la céans (ATAS/240/2016 du 22 mars 2016 et ATAS/325/2017 du 18 avril 2017), entrés en force de chose jugée. Il ne saurait dès lors être question d'y revenir. La conclusion du demandeur tendant au remboursement de la somme de CHF 5'464.80 doit partant être rejetée.

Pour le surplus, dans la mesure où il y a lieu d'interpréter la requête de l'assuré en ce sens qu'il conteste le décompte établi par la CSC ou les modalités de versement, ses griefs ne sauraient être opposés à la défenderesse. En effet, il lui incomberait, dans ce cas, de solliciter de la CSC une décision formelle soumise à opposition, puis cas échéant, une décision sur opposition, avant de saisir la chambre de céans.

8. La demande doit dès lors être rejetée.

Il n'est pas 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

À la forme :

1. Déclare la demande recevable

Au fond :

2. La rejette
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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