



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2695/2019

ATAS/191/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, CAROUGE, représenté par ASSUAS - Association suisse des assurés demandeur

contre

AXA ASSURANCES SA, sis General-Guisan-Strasse 40, Case postale 357, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG défenderesse

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en 1962, est directeur de la société B_____ SA, active dans le domaine de la surveillance électronique.
2. Le 4 mai 2016, B_____ SA a conclu en faveur de l'assuré une assurance d'indemnité journalière en cas de maladie (police n° 44.093.732) avec AXA Assurances SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse), soumise à la LCA et prévoyant l'allocation d'une indemnité journalière de 80 % pendant une durée maximale de 730 jours, dans une période de 900 jours consécutifs, avec entrée en vigueur le 1^{er} mars 2016.
3. Dans le questionnaire de santé rempli le 28 avril 2016 en vue de la signature dudit contrat d'assurance, à la question « quand avez-vous suivi un traitement, été examiné, opéré pour la dernière fois ? », l'assuré a répondu « 1987 ».
4. Le 3 juillet 2017, l'assuré a annoncé à l'assurance qu'il souffrait d'une maladie du système nerveux central et se trouvait en incapacité de travail à 80 % depuis le 10 mai 2017.

À compter du 6 septembre 2017, son incapacité de travail était totale.

5. L'assurance a versé des indemnités journalières à l'assuré en lien avec cette incapacité de travail.
6. Le 18 mars 2019, un entretien a eu lieu avec l'assuré dans les bureaux de l'assurance.

À teneur du procès-verbal dudit entretien, les représentants de l'assurance ont indiqué à l'assuré que selon les informations en leur possession, son affection médicale (soit une sclérose en plaques) s'était manifestée pour la première fois en 2013 et le diagnostic avait été posé en février 2016. Avec les informations en leur possession, ils auraient dû invoquer la réticence dans ce sinistre, mais ils ne le feraient pas car le délai imparti pour ce faire était écoulé. Ils avaient par contre la possibilité d'invoquer le dol, à savoir que l'assuré avait agi de manière intentionnelle, en toute connaissance de cause, pour tromper l'assureur et bénéficier ainsi de prestations indues, et de réclamer le remboursement de la somme versée en lien avec le sinistre.

7. Par courrier du 8 avril 2019, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle supprimait le versement des indemnités journalières, lui réclamait le remboursement de la somme de CHF 198'727.-, correspondant aux indemnités journalières déjà versées, et l'excluait de la couverture de la police n° 44._____.

Au vu de l'importance de la somme réclamée, l'assuré disposait d'un délai de quinze jours pour formuler une offre de remboursement conforme à ses possibilités. Passé ce délai, l'assurance procéderait au recouvrement de la créance par voie juridique.

8. Par courrier du 23 avril 2019, l'assuré, représenté par un conseil, a contesté la retenue d'un dol à son encontre.
9. Le 3 mai 2019, l'assurance a octroyé à l'assuré un nouveau délai de quinze jours pour lui faire parvenir une offre de remboursement.
10. À la suite d'un échange de correspondances dans lequel chacune des parties a maintenu sa position, l'assurance a invité l'assuré, par courrier du 11 juin 2019, à s'acquitter du montant de CHF 198'797.- dans les trente jours.
11. Le 15 juillet 2019, l'assuré a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice une « action en demande de paiement » à l'encontre de l'assurance, concluant préalablement à l'octroi de « l'effet suspensif au recours en ce sens que l'assurance continue à verser des indemnités journalières jusqu'à droit connu dans cette affaire et suspende sa demande de remboursement », et principalement à la condamnation de l'assurance à poursuivre le versement des indemnités journalières dès le 8 avril 2019, et à l'annulation de la demande de remboursement « de 198'727.- » de l'assurance, le tout sous suite de frais et dépens.
Faute d'avoir invoqué la réticence dans le délai légal, l'assurance ne pouvait plus invoquer le dol, les art. 4 et ss LCA réglant complètement la réticence et ses conséquences, à l'exclusion des dispositions générales du code des obligations.
12. Dans sa réponse sur effet suspensif du 24 juillet 2019, la défenderesse a conclu au rejet de la demande.
13. Par arrêt incident sur mesures provisionnelles du 31 juillet 2019 (ATAS/2695/2019), la chambre de céans a refusé l'octroi d'une mesure provisionnelle condamnant la défenderesse à poursuivre le versement de l'indemnité journalière et réservé la suite de la procédure.
14. Par courrier du 14 août 2019, répondant à l'invitation de la chambre de céans, le demandeur a indiqué qu'il ne sollicitait pas la tenue d'une audience de débats.
15. La défenderesse a répondu à la demande le 7 octobre 2019, concluant à son rejet, dans la mesure de sa recevabilité.

Le demandeur, assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, n'avait pas pris de conclusions chiffrées. Sa conclusion visant à ce qu'elle soit condamnée à « poursuivre le versement des indemnités » devait donc être déclarée irrecevable.

Il en était de même de la conclusion par laquelle il réclamait « l'annulation de la demande de remboursement de 198'727.- ». Le demandeur ne pouvait réclamer l'annulation d'une prétention qui n'avait pas fait l'objet d'une décision, ce d'autant plus qu'il s'agissait de prétentions pécuniaires s'inscrivant dans le cadre d'un contrat d'assurance soumis au droit privé.

Sur le fond, il n'existait aucun doute sur l'intention du demandeur de la tromper, soit sur sa volonté dolosive au sens de l'art. 28 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220). Elle était

donc parfaitement légitimée à faire application de cette disposition, et, partant, à ne plus allouer ses prestations au demandeur, à lui réclamer le remboursement du montant indûment presté et à l'exclure de la couverture de la police n° 44.093.732.

16. Le demandeur a répliqué le 25 octobre 2019, persistant dans ses conclusions, « notamment quant au paiement de ses indemnités journalières et à la renonciation au remboursement de 198'727.- ».

Il avait fait une demande auprès de l'assurance-invalidité. Il était ainsi trop tôt pour chiffrer ses prétentions en indemnités journalières, sachant que celles-ci devaient s'interrompre dès qu'il recevrait sa rente AI. Il était donc dans l'impossibilité d'articuler d'entrée de cause le montant de sa prétention, dès lors qu'elle pouvait prendre fin à n'importe quel moment. Le chiffrement de ses prétentions pouvait par ailleurs se déduire du montant de CHF 198'727.- que lui réclamait la défenderesse, correspondant à environ CHF 8'640.- d'indemnités journalières par mois, soit une indemnité journalière de CHF 288.-. Ayant bénéficié d'indemnités journalières durant 690 jours, il avait encore droit à 40 indemnités journalières, soit CHF 11'520.-. Il ne s'agissait toutefois que d'une estimation, car s'il percevait une rente AI, il serait privé de ces indemnités journalières. Par conséquent, l'indication du montant de sa prétention ne pouvait être exigée d'emblée. Enfin, en réclamant l'annulation de la demande de remboursement de CHF 198'727.-, il avait chiffré ce à quoi il ne souhaitait pas renoncer et avait donc chiffré son « action en paiement ». La chambre de céans devait lui accorder un délai pour chiffrer ses conclusions, sous peine de formalisme excessif. En effet, conformément à un commentaire d'arrêt écrit par C_____, qu'il annexait à sa réplique, l'absence de conclusions chiffrées relevait de l'art. 132 al. 1 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), visant les problèmes d'identification, tels l'absence de procuration ou de signature. Sa demande en constatation négative contre la demande de remboursement de la défenderesse était recevable : il disposait d'un intérêt important digne de protection à ce que la nullité de la créance invoquée par la défenderesse soit constatée. Dans le cas contraire, il serait amené à lui verser CHF 198'727.-, ce qu'il n'était pas en mesure de faire. Sur le fond, il se référait aux arguments développés dans sa demande relatifs à l'absence de dol.

17. Par courrier du 1^{er} novembre 2019, le demandeur a transmis à la chambre de céans le commandement de payer qu'il avait reçu de l'office des poursuites concernant la demande de remboursement de la défenderesse de CHF 198'727.-.

Celle-ci n'avait pas jugé bon d'attendre qu'un arrêt soit rendu par rapport à son « action tendant à la contestation de sa demande de remboursement ». Ce comportement était contraire à la bonne foi.

18. La défenderesse a dupliqué le 27 novembre 2019, persistant dans ses conclusions.

Il n'existait manifestement pour seule entrave à l'indication de la valeur litigieuse – même minimale – que la volonté de s'épargner le calcul des indemnités journalières. Par ailleurs, en l'absence d'une décision de l'AI, on ne discernait pas

en quoi le calcul des prétentions réclamées apparaissait compliqué au point de confiner à l'impossibilité. Le fait de réclamer l'annulation de la demande de remboursement de CHF 198'727.- ne pouvait équivaloir au fait de chiffrer sa demande, ces deux conclusions concernant deux temporalités distinctes, la première visant la reprise du versement des indemnités journalières et la seconde les versements déjà effectués. On pouvait à ce stade se demander si l'indication d'un chiffre dans ses conclusions (198'727.-), sans référence à une monnaie en particulier, ne permettait pas de conclure d'emblée à l'irrecevabilité de la demande. Il ne pouvait être question d'accorder un délai au demandeur pour chiffrer son action, dès lors que l'art. 56 CPC ne permettait pas au juge d'inviter la partie demanderesse à rectifier des conclusions en paiement non chiffrées. S'agissant de sa conclusion constatatoire, le demandeur n'expliquait pas en quoi consisterait son intérêt majeur à obtenir un jugement prouvant que le montant réclamé serait sans fondement. Le fondement de cette créance pourrait être examiné dans le cadre de la procédure de mainlevée, plutôt que par la chambre de céans.

19. Le demandeur s'est déterminé sur la duplique le 4 décembre 2019, persistant dans ses conclusions.

S'il n'avait pu qu'estimer le montant des indemnités journalières en les déduisant du montant que la défenderesse lui réclamait de rembourser, c'était parce que rien dans le dossier que celle-ci lui avait fourni ne permettait d'établir directement le montant et le nombre d'indemnités journalières auxquelles il pouvait encore prétendre. Il demandait ainsi à la défenderesse de lui fournir les informations requises, à savoir les décomptes des indemnités journalières touchées et une copie de ses propres fiches de salaire, afin de pouvoir chiffrer sa demande. Il disposait manifestement d'un intérêt important et immédiat à la constatation requise : pour éviter le prononcé de la mainlevée, il devrait rendre immédiatement vraisemblable sa libération de dette. Il lui était donc nécessaire d'obtenir un jugement de la chambre de céans constatant que la défenderesse n'avait pas le droit de lui réclamer le remboursement.

20. Par courrier du 9 janvier 2020, le demandeur a informé la chambre de céans avoir formé opposition au commandement de payer le 1^{er} novembre 2019. La défenderesse avait alors rendu une décision le 24 décembre 2019 visant à annuler ladite opposition. Or, cette décision émanait de l'assurance-accident obligatoire de la défenderesse, alors que le présent litige avait trait à des indemnités journalières en cas de maladie, soit du droit privé. Il priait donc la chambre de céans d'annuler la décision prise par la défenderesse de lever son opposition au commandement de payer et d'indiquer à celle-ci qu'elle ne pouvait entamer aucune démarche tant qu'un jugement définitif ne serait pas rendu dans le cadre de la présente procédure.

21. La défenderesse s'est déterminée par courrier du 27 janvier 2020.

Ses prétentions étant soumises au droit privé, elle était parfaitement légitimée à adresser un commandement de payer interruptif de prescription au demandeur, ce

d'autant plus que la recevabilité de sa demande était douteuse. Cela étant dit, il était exact que la décision qu'elle avait rendue le 24 décembre 2019 n'avait pas lieu d'être. Il s'agissait d'une simple erreur administrative, qui avait depuis été corrigée. Le commandement de payer demeurait quant à lui parfaitement valable.

22. Le 31 janvier 2020, le demandeur a transmis à la chambre de céans, pour information, l'opposition qu'il avait formée à l'encontre de la décision de la défenderesse du 24 décembre 2019. Cette décision n'avait pas lieu d'être, la défenderesse agissant comme assurance complémentaire d'indemnités journalières en cas de maladie, et ses prétentions étant déjà examinées par la chambre de céans. Invoquant le principe ne bis in idem, il invitait la chambre de céans à traiter l'affaire en tant qu'« autorité de recours ».
23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 une personne morale, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. a/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. J 1 par. 2 des conditions générales d'assurance applicables au présent litige (ci-après : CGA) prévoit que le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut intenter une action contre la défenderesse concernant les couvertures LCA : au lieu de son domicile en Suisse, au lieu de son travail en Suisse, ou à Winterthur.

Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. 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).

4. 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).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

5. À titre liminaire, il convient d'examiner les conclusions de la demande, dont la défenderesse invoque l'irrecevabilité.
6. Selon l'art. 59 CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action. Ces conditions sont examinées d'office (art. 60 CPC). La liste des conditions de recevabilité prévue à l'article 59 al. 2 CPC n'est pas exhaustive (François BOHNET, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 9 ad art. 59 CPC).
7. L'art. 84 al. 2 CPC prescrit que l'action tendant au paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée. Il s'agit d'une condition de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1; BOHNET, op. cit., n. 17 ad art. 84 et 25 ad art. 85 CPC).

La règle n'est certes pas absolue et l'art. 85 CPC prévoit que le demandeur peut ne pas prendre de conclusions chiffrées lorsqu'il lui est impossible d'articuler d'entrée de cause le montant de ses prétentions, parce que, par exemple, les informations lui permettant de l'articuler sont en mains du défendeur ou d'un tiers ou qu'il serait déraisonnable de le lui demander, notamment en raison d'investigations lourdes et coûteuses ou lorsque le dommage n'est pas clairement connu (BOHNET, op. cit., nn. 6, 7 et 13 ad art. 85 CPC). Dans ce cas, le demandeur doit tout de même tenter de chiffrer ses prétentions, puisqu'il doit indiquer une valeur litigieuse minimale, conformément à l'art. 85 al. 1 *in fine* CPC (BOHNET, op. cit., n. 18 ad

art. 85 CPC ; David HOFFMANN/Christian LÜSCHER, Le Code de procédure civile, 2015, p. 60).

Exceptionnellement, des conclusions non chiffrées suffisent lorsque la somme à allouer est d'emblée reconnaissable au regard de la motivation du recours ou de la décision attaquée (ATF 134 III 235 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2). Toutefois, dans deux affaires d'assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n. 50'123'083 » ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur, dès le 30 août 2004, plus intérêts à 5% dès la même date » (ATF 134 III 235 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2).

8. L'art. 56 CPC prévoit que le tribunal interpelle les parties lorsque leurs actes ou déclarations sont peu clairs, contradictoires, imprécis ou manifestement incomplets et leur donne l'occasion de les clarifier et de les compléter. Le devoir d'interpellation du juge dépend des circonstances concrètes, notamment de la difficulté de la cause, du niveau de formation des parties et de leur représentation éventuelle par un mandataire professionnel. Ce devoir concerne avant tout les personnes non assistées et dépourvues de connaissances juridiques, tandis qu'il a une portée restreinte vis-à-vis des parties représentées par un avocat : dans ce dernier cas, le juge doit faire preuve de retenue. Selon la jurisprudence, le devoir d'interpellation du juge ne doit pas servir à réparer des négligences procédurales. Ce point de vue est aussi exprimé dans la doctrine. Les manquements d'une personne qui procède seule peuvent être le fruit de son ignorance juridique, et pas nécessairement de sa négligence. S'agissant d'un avocat, le juge peut présupposer qu'il a les connaissances nécessaires pour conduire le procès et faire des allégations et offres de preuve complètes. Le point de vue selon lequel le juge n'a en principe pas à pallier le défaut de diligence de l'avocat fait l'objet de critiques ou nuances; d'aucuns relèvent que la partie « mal » assistée ne doit pas être désavantagée par rapport à celle qui procède seule (arrêt du Tribunal fédéral 4D_57/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2 et les références citées). Quoi qu'il en soit, ni le devoir d'interpellation, ni la maxime inquisitoire sociale applicable à la présente procédure (art. 247 al. 2 let. a CPC en lien avec l'art. 243 al. 2 let. f CPC), selon laquelle le juge établit les faits d'office, ne s'opposent à ce qu'un recours – ou une demande – soit déclaré irrecevable en raison d'une motivation insuffisante ou de conclusions mal formulées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.3.1 et 4.3.2).
9. Selon l'art. 132 al. 1 CPC, le tribunal fixe un délai pour la rectification des vices de forme telle l'absence de signature ou procuration. La jurisprudence a précisé que cette disposition n'est pas applicable aux conclusions incomplètes prises dans un recours ou dans une demande (ATF 137 III 617 consid. 6.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.4 ; 4A_375/2015 du 26 janvier

2016 consid. 7.2; 4A_258/2015 du 21 octobre 2015 consid. 2.4.1; 4A_203/2013 du 6 juin 2013 consid. 3.2 et les références), et en particulier aux conclusions non chiffrées figurant dans une demande (arrêt 4A_375/2015 précité consid. 7.2, contra BOHNET, op. cit., n. 19 et 25 ad art. 85 CPC et n. 29 ad art. 132 CPC).

L'art. 132 al. 2 CPC permet de réparer certains manquements typiques des plaideurs qui procèdent sans l'assistance d'un avocat (arrêt du Tribunal fédéral 4A_659/2011 du 7 décembre 2011 consid. 5). Lorsque le demandeur est assisté d'un avocat, il se justifie de se montrer plus rigoureux que face à un plaideur ignorant du droit. En effet, le juge est en droit d'admettre que l'avocat agit en pleine connaissance de cause ; il est présumé capable, en raison de sa formation particulière, de représenter utilement son client (ATF 113 Ia 84 consid. 3d ; ATAS/840/2015 du 29 octobre 2015).

10. En l'espèce, le demandeur conclut premièrement à ce que la défenderesse soit condamnée à poursuivre le versement des indemnités journalières. Cette conclusion vise le paiement d'une somme d'argent, dès lors qu'une exécution en nature n'est pas envisageable. Or, le demandeur, assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, n'a pas chiffré ses conclusions.

Dans sa réponse du 7 octobre 2019, la défenderesse a conclu à l'irrecevabilité de la demande, faute de conclusions chiffrées.

a. Dans sa réplique du 25 octobre 2019, le demandeur soutient tout d'abord qu'il serait dans l'impossibilité d'articuler le montant de sa prétention, au motif qu'il a fait une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, ce qui aurait pour conséquence que sa prétention pourrait « prendre fin à n'importe quel moment ».

Dans le droit suisse des assurances sociales, il n'est pas rare qu'un même risque soit couvert par plusieurs systèmes de sécurité sociale. Une coordination entre les différentes prestations est alors nécessaire. Elle est réglée dans la LPGA. Les dispositions pertinentes sont surtout les art. 63 à 71 LPGA, qui identifient les principales catégories de prestations (notamment les rentes et les traitements médicaux), précisent la notion de surindemnisation et règlent la prise en charge provisoire des prestations (Rapport du Conseil fédéral du 28 juin 2017 sur la coordination entre les assurances d'indemnités journalières et les prestations du 1^{er} et 2^{ème} pilier: <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/48825.pdf>, p. 6).

À la différence des indemnités journalières LAMal, les indemnités journalières LCA ne sont en principe pas soumises aux dispositions de la LPGA qui prévoient un cumul avec les prestations de l'AI. La LCA ne contient quasiment aucune disposition impérative concernant le contenu des relations contractuelles. Les éléments déterminants sont par conséquent les conditions générales d'assurance (CGA) établies par les assureurs eux-mêmes. Pour les preneurs d'assurance, ces conditions ne sont contraignantes que si elles sont expressément reprises dans les contrats qui les concernent. Faisant usage de ces libertés contractuelles, les

assureurs ont généralement prévu dans leurs CGA la possibilité de réduire l'indemnité journalière assurée en cas d'assurance multiple (conclusion de plusieurs assurances d'indemnités journalières) ou en cas de surindemnisation (par exemple en cas de concours avec des prestations d'assurances sociales) (Rapport du Conseil fédéral précité, p. 8).

En l'espèce, l'art. E9 § 1 des conditions particulières d'assurance prévoit que l'assurance complète les éventuelles prestations de l'AI dans les limites de sa propre obligation de fournir de prestations, et jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. L'art. E9 § 2 prévoit en outre qu'en cas d'octroi ultérieur d'une rente AI, l'assurance peut réclamer directement à ces assurances le remboursement ou la compensation des prestations versées.

Par conséquent, le demandeur ne saurait être suivi lorsqu'il soutient qu'il ne serait pas en mesure de chiffrer ses prétentions en raison de la demande de prestations d'invalidité qu'il a déposée. En effet, si cette demande devait aboutir à l'octroi d'une rente, l'assurance pourrait, conformément à l'art. E9 §2 des conditions particulières d'assurance, réclamer directement à l'assurance-invalidité le remboursement ou la compensation des prestations versées.

b. Le demandeur invoque ensuite l'art. 132 CPC, soutenant que la chambre de céans devrait lui accorder un délai pour chiffrer ses conclusions, sous peine de formalisme excessif.

Or, cette disposition ne s'applique pas, comme cela ressort de la jurisprudence susmentionnée, aux conclusions incomplètes prises dans un recours ou dans une demande. Le demandeur étant assisté d'un mandataire professionnel et sa demande n'étant pas entachée d'un simple vice formel, il n'y a pas lieu de lui accorder un délai de grâce pour chiffrer ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 précité consid. 4.4 ; ATAS/937/2017 du 19 octobre 2017 consid. 8).

c. Dans sa réplique, le demandeur estime le montant de ses prétentions à CHF 11'520.-, indiquant que cette somme pouvait se déduire du montant de CHF 198'727.- que lui réclamait la défenderesse, correspondant à environ CHF 8'640.- d'indemnités journalières par mois, soit une indemnité journalière de CHF 288.-. Ce faisant, il démontre qu'il lui était tout à fait possible d'indiquer, conformément à l'art. 85 al. 1 CPC, une valeur litigieuse provisoire dans sa demande, qu'il aurait pu préciser dans la suite de la procédure, après avoir obtenu de la défenderesse les décomptes d'indemnités journalières.

Il sied ici de relever que l'indication de la somme de CHF 11'520.- dans le texte de sa réplique ne saurait réparer l'absence de conclusion chiffrée dans sa demande. En effet, dans la mesure où le demandeur ne peut obtenir un délai du tribunal que pour rectifier des vices de forme (conformément à l'art. 132 CPC) et non pour chiffrer ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 précité consid. 4.4), il ne saurait bénéficier de cette possibilité par le biais de sa réplique.

d. Le demandeur soutient enfin qu'en réclamant l'annulation de la demande de remboursement de CHF 198'727.- il aurait chiffré ce à quoi il ne souhaitait pas renoncer, et partant, son « action en paiement ».

Cet argument tombe à faux. En tant que le demandeur vise à faire constater qu'il ne doit pas rembourser la somme litigieuse, cette conclusion est de nature constatatoire, ce que lui-même reconnaît dans ses écritures. Sa recevabilité sera examinée ci-après. L'indication d'un montant dans sa conclusion constatatoire ne peut avoir pour conséquence de réparer l'absence de chiffrage de sa première conclusion, de nature condamnatoire. Ces deux conclusions sont indépendantes et n'ont pas le même objet, la première visant à la poursuite du versement des indemnités journalières, et la seconde à ce qu'il ne soit pas contraint de rembourser les indemnités déjà versées.

Au vu de ce qui précède, en se bornant à conclure à la condamnation de la défenderesse à poursuivre le versement des indemnités journalières dès le 8 avril 2019, le demandeur délègue *de facto* au juge la tâche de déterminer la quotité des prestations auxquelles il pourrait éventuellement prétendre, ce qui n'est pas admissible (ATF 134 III 235 consid. 2). Partant, la première conclusion du demandeur doit être déclarée irrecevable.

11. Le demandeur conclut ensuite à « l'annulation de la demande de remboursement de 198'727.- ».

a. Aux termes de l'art. 88 CPC, le demandeur intente une action en constatation de droit pour faire constater par un tribunal l'existence ou l'inexistence d'un droit ou d'un rapport de droit.

La demande en constat est subsidiaire à l'action condamnatoire (art. 84 CPC) ou formatrice (art. 87 CPC ; ATF 123 III 49 consid. 1a, JdT 1998 I 659). Par conséquent, là où différentes actions entrent en concurrence, il convient d'intenter celle qui peut le plus efficacement procurer au demandeur l'avantage qu'il recherche (ATF 122 III 279, in JdT 1998 I 605). Lorsque les prétentions du demandeur sont totalement exigibles et peuvent faire l'objet d'une action condamnatoire, il convient d'utiliser cette voie ; une demande en constat est irrecevable (ATF 103 II 220 ; arrêt du Tribunal fédéral 4C.7/2003 du 26 mai 2003 consid. 5 ; BOHNET, op. cit., n. 7 ad art. 84 CPC).

Il appartient au demandeur de démontrer son intérêt au constat (ATF 127 III 481 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4P.239/2005 du 21 novembre 2005 consid. 4.3 et 4C.192/2004 consid. 2.4). Il n'y a pas d'intérêt au constat si le demandeur cherche à faire trancher une question de droit abstraite ou à recevoir une consultation juridique (ATF 122 III 279; 101 II 177 consid. 4c in fine). L'action en constatation n'a pas une fonction de réparation morale (ATF 122 III 449 consid. 2). La question de l'intérêt se posant par définition en matière de demande en constat, le juge n'a pas à y rendre le demandeur spécifiquement attentif (BOHNET, op. cit., n. 32 ad art. 88 CPC).

b. En l'espèce, le demandeur ne justifie d'aucun intérêt digne de protection à l'obtention d'un jugement constatant la prétendue nullité de la créance invoquée par la défenderesse. En effet, au moment du dépôt de sa demande, il ne s'était pas même encore vu notifier un commandement de payer la somme litigieuse. Le demandeur aura la possibilité de faire valoir la prétendue nullité de cette créance dans le cadre de la procédure de mainlevée de son opposition, que la défenderesse va vraisemblablement initier. Par conséquent, cette conclusion constatatoire se révèle également irrecevable.

Partant, la question soulevée par la défenderesse relative à la prétendue irrecevabilité de cette seconde conclusion au motif que le demandeur ne fait pas de référence à une monnaie peut souffrir de demeurer ouverte.

12. Au vu de ce qui précède, la demande sera déclarée irrecevable.

La chambre de céans attire l'attention du demandeur sur le fait qu'il conserve la possibilité de redéposer une demande en paiement en bonne et due forme, ses prétentions n'étant en l'état pas encore prescrites (art. 46 al. 1 LCA).

13. Selon l'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], il n'est pas prélevé de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la charge de l'assuré dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Déclare irrecevable la demande déposée le 15 juillet 2019 par A_____ contre AXA ASSURANCES SA.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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