

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/574/2013

ATAS/661/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2013

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilles STICKEL

demandeur

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Romandie,
avenue de Provence 15, LAUSANNE

défenderesse

**Siégeant : Florence KRAUKSKOPF, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. S _____ (ci-après "l'assuré"), né en 1950, exerce l'activité d'antiquaire indépendant en raison individuelle.
2. A tout le moins depuis le 1^{er} janvier 2000, il est lié à HELSANA ASSURANCES SA (ci-après "l'assurance") par un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières.
3. Les parties ont régulièrement renouvelé leur contrat.
4. Le 1^{er} novembre 2004, l'assuré a demandé à l'assurance de réduire la masse salariale assurée à 80'000 fr. dès le 1^{er} janvier 2005.
5. A partir du 25 janvier 2005, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail complète.

Après en avoir été informée, l'assurance lui a demandé, par courrier du 3 mars 2005, de remplir le formulaire d'annonce ad hoc et de lui transmettre son compte d'exploitation 2003 et 2004 afin de prouver, conformément aux obligations des indépendants et des propriétaires d'entreprise, sa perte de salaire.

6. L'assuré a donné suite à la demande de l'assurance et transmis, le 8 mars 2005, son compte d'exploitation 2003.

Il en résultait un chiffre d'affaires de 102'599 fr. 90 et un bénéfice net de 54'358 fr. 85.

7. Du 25 janvier 2005 au 31 mai 2005, l'assuré a perçu des indemnités journalières correspondant au montant maximum du salaire assuré, soit de 219 fr. 178.

Du 1^{er} juin au 4 septembre 2005, l'assuré a recouvert une capacité de travail de 50% et perçu des indemnités journalières réduites de moitié, soit de 109 fr. 589.

Le total des prestations versées à l'assuré en 2005 se monte ainsi à 31'780 fr. 80.

8. Le 18 avril 2006, l'assuré a annoncé un nouveau cas de maladie à son assurance. Il lui a transmis le formulaire d'annonce ad hoc ainsi que son compte d'exploitation 2005. Il a précisé que devaient y être incluses les indemnités de 31'780 fr. 80 versées en 2005, dans la mesure où il s'était trouvé plusieurs mois en incapacité de travail durant l'année précitée.
9. Du 1^{er} mars au 30 septembre 2006, l'assuré a perçu des indemnités journalières de l'assurance correspondant au montant maximum du salaire assuré, soit de 219 fr. 178.

L'assuré a par la suite recouvert une capacité de travail de 50% et perçu jusqu'au 30 avril 2007 des indemnités journalières réduites de moitié.

10. Le 5 octobre 2011, les parties ont signé un nouveau contrat d'assurance collective d'indemnités journalières intitulé "Police Helsana Business Salary", débutant le 1^{er} janvier 2012 et échéant le 31 décembre 2014. La prime annuelle s'élève à 2'304 fr. et le total du salaire assuré à 80'000 fr.

Le contrat précise qu'une seule personne est assurée, qu'il a pour objet la maladie et que la durée des prestations est de 730 jours et le délai d'attente de 30 jours par cas.

Pour le surplus, le contrat renvoie à l'application des Conditions générales d'assurance, Helsana Business Salary selon la LCA, édition 2006 (ci-après "CGA 2006").

11. Selon les conditions générales précitées, l'assurance protège les personnes assurées contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail consécutive à une maladie et, dans la mesure où cela a été convenu contractuellement, consécutive à un accident (art. 1).

Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, peut être assuré au maximum le revenu lucratif indiqué dans la police (art. 6.2).

L'assuré doit, si un délai d'attente de 11 jours et plus a été stipulé, annoncer une incapacité de travail à l'assureur au plus tard 35 jours après le début de ladite incapacité et remettre (dans les trois jours suivant l'annonce) une attestation d'incapacité de travail du médecin (art. 13.1). La personne assurée doit aussi fournir la preuve de la perte de revenu, à défaut de quoi il n'existe pas de droit aux prestations (art. 13.2).

Le droit aux prestations d'indemnités journalières n'existe que s'il n'en résulte pas de gain d'assurance pour l'assuré (assurance de dommages) (art. 22.1). Celui-ci consiste dans les prestations qui dépassent la couverture intégrale de la perte de revenu de la personne assurée, à l'exception des prestations d'assurances de somme, de capital et de rente qui ont été conclues dans le cadre de la prévoyance libre (art. 22.2).

12. Les conditions générales en vigueur précédemment, soit l'édition du 1^{er} janvier 1999/2000 (ci-après CGA 99/2000), comportaient des clauses similaires en relation avec l'obligation de démontrer la perte de gain effective et l'exclusion du gain d'assurance (art. 21).

13. Les CGA 2006 prévoient un for en faveur des tribunaux suisses soit du domicile du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit du lieu de travail de ce dernier, soit encore du siège principal de l'assurance (art. 38).
14. L'assuré s'est régulièrement acquitté des primes relatives à sa police d'assurance.
15. En incapacité de travail depuis le 5 mars 2012, l'assuré a annoncé un cas de maladie à l'assurance le 28 mars 2012. Conformément au souhait de cette dernière, il lui a remis le formulaire d'annonce ad hoc, un certificat médical ainsi qu'une copie de son compte d'exploitation 2010.
16. Le certificat médical précité attestait une incapacité de travail de 50% dès le 5 mars 2012 pour cause de maladie.
17. Depuis le 1^{er} avril 2012, l'assuré se trouve en incapacité de travail totale.

Il a régulièrement communiqué à son assurance un certificat médical en attestant.
18. Entre le 5 mars et le 3 avril 2012, l'assuré n'a eu droit à aucune prestation compte tenu du délai d'attente de 30 jours. Pour la période du 4 avril au 31 juillet 2012, il a perçu des indemnités journalières correspondant au maximum du gain assuré de 218 fr. 579, soit, pour 31 jours, 6'775 fr. 95.
19. Le 20 juillet 2012, l'assurance a demandé à l'assuré de lui faire parvenir une copie de ses comptes de pertes et profits détaillés des années 2009 à 2011. Dans l'intervalle, le versement des indemnités a été suspendu.
20. Le 27 juillet 2012, l'assuré a donné suite à la demande précitée.

De ses comptes de pertes et profits 2009 à 2011 résultent respectivement des chiffres d'affaires de 71'085 fr., 72'500 fr. et de 72'840 fr. ainsi que des bénéfices nets de 29'564 fr. 80, 18'961 fr. 15 et 14'069 fr. 70.
21. Le 7 septembre 2012, l'assurance a communiqué à l'assuré que ses indemnités seraient réduites à 93 fr. 337 par jour dès le 1^{er} août 2012, en raison de ce qu'elles ne pouvaient pas dépasser la perte de revenu justifiable. De ses comptes 2009 à 2011 résultait en effet un revenu moyen de 34'161 fr. 25, en conséquence de quoi l'indemnité journalière maximale de 218 fr. 57 ne pouvait pas être versée et l'assuré avait été jusque-là surindemnisé. L'assurance renonçait cependant à demander le remboursement de cette surindemnisation.
22. Pour déterminer le revenu effectif de l'assuré sur la base des comptes de pertes et profits 2009 à 2011 de ce dernier, l'assurance n'a pas tenu compte d'une partie des charges, respectivement à hauteur de 13'697 fr. 65 en 2009, 12'759 fr. 95 en 2010 et 13'430 fr. 40 en 2011. Elle a ainsi arrêté le revenu de l'assuré à 43'262 fr. 45 en

2009, 31'721 fr. 10 en 2010 et 27'500 fr. 10 en 2011, montants représentant une moyenne de 34'161 fr. 25.

23. Le 10 septembre 2012, l'assuré, par la voix de son médecin, a demandé à l'assurance de l'autoriser à faire une première brocante à titre thérapeutique du 11 au 14 octobre 2012. Le médecin a au surplus informé l'assurance que l'état de son patient s'était aggravé en raison du litige avec cette dernière.

L'assurance a favorablement répondu à cette demande le 2 octobre 2012.

24. Le 12 septembre 2012, l'assuré a requis l'assurance d'annuler sa décision du 7 septembre précédent et de reprendre le versement des indemnités à hauteur de ce qui lui avait été alloué du 5 mars au 31 juillet 2012. Selon l'assuré, son contrat ne prévoyait pas, dans le cas d'une incapacité de travail de 100%, la possibilité de réduire les indemnités journalières. A cet égard, il avait été intégralement indemnisé de 2005 à 2007. Au surplus, l'assuré s'est prévalu des frais professionnels qu'il devait continuer à assumer.

25. Le 19 septembre 2012, l'assurance a prié l'assuré de remplir d'ici le 19 octobre suivant une demande auprès de l'assurance-invalidité afin de bénéficier des mesures de réinsertion professionnelle et de ne pas retarder le versement d'une éventuelle rente. L'assuré a rempli et retourné à l'assurance ladite demande le 3 octobre 2012.

26. Le 12 octobre 2012, l'assurance a confirmé sa décision du 7 septembre 2012. Elle a expliqué n'avoir par erreur pas demandé, de 2005 à 2007, la preuve de la perte de gain et confirmé qu'elle n'exigeait pas le remboursement des indemnités versées en trop depuis le 5 mars 2012. Elle a souligné le fait que les charges variables de l'assuré étaient certainement réduites voire inexistantes compte tenu de son incapacité de travail totale. L'assurance a également précisé s'être fondée dans son calcul sur l'entier du bénéfice net de l'assuré et n'avoir pris en compte que les charges fixes (excluant en particulier les frais de téléphone, d'électricité et de véhicules), dans des proportions entre 25% et 50% pour certaines d'entre elles.

27. Le 16 octobre 2012, l'assuré a demandé à l'assurance sur quel élément du contrat elle s'appuyait pour conclure qu'il s'agissait d'une assurance de dommages et non de sommes, et pour quelle raison, lors de la conclusion de ladite assurance le 5 octobre 2011, cela ne lui avait pas été spécifié. Il souhaitait également obtenir la confirmation que les art. 13.2 et 22.1 des CGA 2006 n'avaient pas été appliqués de 2005 à 2007 et savoir pourquoi ils n'avaient pas non plus été appliqués entre les mois de mars et juillet 2012.

28. Le 18 octobre 2012, l'assurance a répondu que le contrat de l'assuré ne faisait pas mention d'une assurance de sommes, en conséquence de quoi les articles des CGA 2006 faisaient foi, plus particulièrement ceux concernant la justification de la perte de salaire. L'application des CGA 2006 avait été spécifiée lors de la conclusion du

nouveau contrat. Pour le surplus, la perte de gain n'avait pas été vérifiée de 2005 à 2007, période régie par des conditions générales antérieures. L'assurance admettait avoir commis une erreur en relation avec la période du 5 mars au 31 juillet 2012, raison pour laquelle elle renonçait à demander tout remboursement.

29. Dès la fin du mois d'octobre 2012, l'assuré a perçu des indemnités journalières de 93 fr. 337, soit 2'893 fr. 45 pour 31 jours, avec effet au 1^{er} août 2012.
30. Le 22 novembre 2012, l'assuré a saisi le Tribunal de première instance d'une requête en conciliation, qu'il a retirée lors de l'audience y relative du 7 février 2013, annonçant qu'il saisirait la Chambre administrative de la Cour de justice.
31. Le 4 février 2013, l'assuré s'est plaint auprès de l'assurance de n'avoir perçu aucune indemnité en janvier 2013.
32. Le 8 février 2013, le médecin de l'assuré a écrit à l'assurance pour lui exprimer son incompréhension vis-à-vis des décisions de cette dernière. Il craignait que son patient ne travaille au-dessus de ses forces afin de subsister. Dans un courrier séparé, il a également annoncé avoir autorisé son patient à participer à deux prochaines brocantes en février et mars 2013, auxquelles ce dernier voulait, contre son avis, participer pour couvrir ses frais de base. Il attendait sur ce point que l'assurance prenne position.
33. Le 12 février 2013, l'assuré a reçu ses indemnités relatives aux mois de janvier et février 2013.
34. Le 15 février 2013, l'assurance a répondu au médecin que le versement des indemnités n'avait pas été interrompu mais avait été effectué à réception des certificats médicaux de l'assuré, reçus tardivement. L'assurance n'a par ailleurs, au vu de l'avis de son médecin conseil, pas autorisé l'assuré à travailler.
35. A la même date, l'assuré a assigné l'assurance par-devant la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice en paiement des sommes suivantes, avec suite de frais :
 - 20'109 fr. 25, sous déduction de 8'587 fr., avec intérêts à 5% dès le 14 septembre 2012 (échéance moyenne) ;
 - 3'757 fr. 30 avec intérêts à 5% dès le 30 novembre 2012 ;
 - 3'882 fr. 50 avec intérêts à 5% dès le 31 décembre 2012 ;
 - 3'510 fr. avec intérêts à 5% dès le 31 décembre 2012 ;
 - 6'775 fr. 95, sous déduction de 2'901 fr. 35, avec intérêts à 5% dès le 31 janvier 2013 ;

- 6'120 fr. 20, sous déduction de 2'620 fr. 60, avec intérêts à 5% dès le 28 février 2013 ;
- 3'510 fr. avec intérêts à 5% dès le 31 décembre 2012.

36. L'assuré fait valoir en substance que le contrat du 5 octobre 2011 constitue une assurance de sommes et non de personnes. En conséquence, l'assurance doit en tout état de cause lui verser depuis le 1^{er} août 2012 les indemnités journalières à hauteur du montant stipulé dans le contrat. L'assurance ayant violé ses obligations, elle doit également lui rembourser les frais de défense qu'il a engagés avant l'ouverture du procès.

37. Le 21 février 2012, le médecin de l'assuré a communiqué à l'assurance que la santé de son patient s'était détériorée depuis la réduction de ses indemnités. Il a en outre déploré que l'assurance ait contacté directement son patient au domicile de ce dernier. Cela, ajouté à la violation du contrat, aurait constitué un harcèlement similaire au cambriolage subi par l'assuré et à l'origine de son trouble dépressif actuel.

Le médecin a enfin invité l'assurance à revoir sa décision concernant l'autorisation de travailler en faveur de son patient, lequel se trouvait actuellement dans une situation inextricable. Il a précisé que le suivi médical de l'assuré serait renforcé durant la période où il travaillerait.

38. Le 13 mars 2013, l'assurance a répondu à la demande de l'assuré, concluant à son rejet avec suite de frais.

L'assurance considère que le contrat du 5 octobre 2011 constitue une assurance de dommages, limitée, dans le cadre du salaire maximal assuré, à la couverture de la perte de gain effective. Elle rappelle à cet égard la manière dont elle a déterminé la perte de gain de l'assuré depuis le 1^{er} août 2012.

L'assurance précise également que, en 2005, la perte de gain attestée par l'assuré correspondait quasiment au plafond du revenu assuré, raison pour laquelle elle a versé les indemnités maximales. Elle produit le compte de pertes et profits de l'assuré concernant l'année 2003 et indique sur ce document avoir arrêté, le 16 mars 2005, le revenu effectif de l'assuré à 74'366 fr. 20, soit un montant s'élevant à plus de 90% du maximum assuré de 80'000 fr. Ainsi, l'assurance aurait appliqué les mêmes règles en 2005 qu'en 2012.

Au surplus, l'assurance remet en cause la note d'honoraires produite par l'assuré, considérant qu'elle ne permet pas de comprendre quels frais de défense appropriés et nécessaires ont été engagés avant le procès.

39. Les parties ont répliqué et dupliqué en persistant dans leurs conclusions.

L'assuré ajoute notamment qu'aucun élément ne lui permettait de penser qu'il était couvert en 2005 par une assurance de dommages. Il ignorait en particulier que l'assurance avait procédé à un calcul de son revenu effectif sur la base de ses comptes 2003.

40. Le 10 mai 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

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 (LAMaL ; 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).

2. L'incapacité de travail du demandeur, partielle du 5 mars au 1^{er} 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

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 LAMaL. 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 inexactes 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

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

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.

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 1^{er} août 2012, les indemnités du demandeur sur la base de la perte effective de son revenu.

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

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.

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 1^{er} 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.

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.

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

Statuant en procédure simplifiée

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite et que chaque partie conserve ses dépens.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civil, conformément aux art. 72 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14) ; 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Brigitte BABEL

La Présidente

Florence KRAUSKOPF

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le