

Tribunal cantonal du Canton de Vaud, 17 mai 2001,
S. c. Y Assurances, Berne

Faits: S., né le 1er octobre 1964, a travaillé en tant qu'aide-jardinier auprès de Sa. depuis le mois de février 1997. En tant que tel, il était assuré pour une indemnité journalière en cas de maladie par un contrat d'assurance collective conclu par son employeur avec la Y Assurances (ci-après: la Y).

Suite à des douleurs lombaires et dorsales, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 100 % dès le 7 avril 1999, pour une durée indéterminée.

Le 18 août 1999, l'employeur, respectant le délai de protection de l'article 336c du code des obligations, lui a signifié son congé pour le 30 octobre 1999. La Y lui a alors versé les indemnités contractuelles prévues, puis a cessé tout versement après le 31 mars 2000 pour le motif que l'on pouvait exiger de l'assuré la reprise d'une activité adaptée à son état de santé.

En date du 16 novembre 1999, S. a signé une proposition pour une assurance maladie individuelle, toujours auprès de la Y , prévoyant le début du contrat au 1er novembre 1999 avec une durée "jusqu'à l'âge AVS ou nouvel emploi" ainsi qu'une indemnité journalière de 132 fr. avec un délai d'attente de 7 jours. Pour cette couverture, l'assuré a payé une prime annuelle de 5'476 francs 70. Le même jour, l'assuré a rempli le questionnaire de santé pour l'assurance indemnité journalière de la Y .

L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) sous la forme d'une rente le 3 décembre 1999. Il y fait état d'une incapacité de travail entière dès le 7 avril 1999 et indique comme atteinte, le dos, et ce depuis 1995.

Après une rééducation intensive ambulatoire du 25 octobre au 12 novembre 1999, le Dr F. du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV a adressé au Dr D. le 3 janvier 2000 une lettre de sortie concernant l'assuré. Il pose comme diagnostic:

"Lombo-sciatalgies chroniques droite dans un contexte de discopathie dégénérative des deux derniers étages vertébraux avec hypertrophie des massifs articulaires et sténose des récessus latéraux, sans conflit neurogène."

et conclut par ces mots:

"Sur le plan fonctionnel, la situation est suffisamment stabilisée pour autant que les contraintes quotidiennes soient adaptées, nous ne voyons pas utile de considérer des blocs sélectifs vertébraux, ni de considérer de gestes chirurgicaux.

Pour cette raison, nous avons opté pour une reprise d'activité professionnelle à 100% dans une activité adaptée. Parallèlement les démarches auprès de l'AI pour une réorientation professionnelle ont été menées."

La Y a confié au Dr C., spécialiste médecine physique et réadaptation, un mandat d'expertise médicale.

A la demande de l'expert, l'assuré a été soumis préalablement à une évaluation en ergothérapie à la Clinique V. à G.-sur-M. Il résulte du rapport de M. J., ergothérapeute, qu'"une reprise professionnelle en tant que jardinier me semble compromise, même à temps partiel, ceci en raison de ces limitations tant par la douleur que par l'endurance. Une réorientation professionnelle me semble donc indispensable actuellement."

L'expert a déposé son rapport le 23 juin 2000. Il est fondé sur sa consultation du 1er juin 2000 ainsi que sur les documents fournis par les Drs Z. et D., le dossier radiologique, les bilans radiologique et ergothérapeutique du 8 juin 2000. Le Dr C. pose le diagnostic suivant:

- "- Lombo-sciatalgies droites chroniques.
- Discopathies lombaires étagées avec probable instabilité discale L5-S1.
- Hernie discale L5-S1 droite médiane et paramédiane.
- Séquelles dorsales de maladie de Scheuermann.
- Scoliose lombaire dextro-convexe discrète.
- Arthrose articulaire postérieure L3-L4 et L5-S1."

et conclut que la capacité de travail actuelle dans la profession de jardinier-paysagiste est nulle et qu'il n'y a pas d'évolution positive à attendre. En outre, "il faut rapidement envisager une réorientation professionnelle dans une profession où les charges sur le rachis lombaire sont faibles (inférieures à 15 kg de port de charges ponctuel) et les positions en porte-à-faux et positions extrêmes en inclinaison et en flexion-extension rares". Ainsi, "dans une activité adaptée, le patient peut retrouver une capacité de travail à 100 %. L'activité adaptée doit également tenir compte de son niveau faible de scolarité. Etant donné le soulagement obtenu fréquemment par la marche sur de courtes distances, on peut imaginer qu'une activité de type surveillance serait adaptée à l'assuré."

Par lettre du 25 août 2000, la Y a informé S. que, sur la base de l'expertise, elle estimait qu'elle pouvait raisonnablement exiger de lui la reprise d'une activité adaptée à son état de santé, et ce depuis le mois de janvier 2000. L'assuré étant un travailleur non-qualifié au vu de son parcours professionnel, l'AI n'entrera pas en matière pour des mesures de réadaptation. Par conséquent, l'assuré doit être considéré

comme apte au placement au sens de la LACI. En outre, S. étant entièrement capable de travailler, il n'existe plus de droit aux prestations d'indemnités-journalières de l'assurance-maladie collective. La Y offre toutefois à l'assuré de lui verser, à bien plaisir, des telles indemnités jusqu'au 31 août 2000, pour autant qu'il n'existe pas avant cette date de droit à des prestations d'une autre assurance sociale.

Par courrier du 16 octobre 2000, la Y a confirmé sa position.

Dans sa demande du 1er novembre 2000, S. fait état d'une demande AI et de l'avis de divers médecins qui préconisent une réorientation professionnelle et soutient qu'il doit bénéficier des indemnités maladie jusqu'à ce qu'il ait bénéficié des mesures de réadaptation prévues et conclut, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il soit prononcé par jugement:

I) La défenderesse est tenue de continuer à verser au demandeur l'indemnité journalière de fr. 132.- depuis le 7 avril 2000 jusqu'à épuisement des prestations (727 jours depuis le 7 avril 1999).

II) La défenderesse est tenue de verser ses prestations en vertu de la police d'assurance maladie collective No .. conclue avec Sa. et non pas en vertu de la police individuelle conclue subséquemment entre les parties.

III) Si la conclusion II est admise, l'assurance individuelle conclue entre les parties en novembre 1999 est nulle et la Y Assurances doit restituer au demandeur les primes payées à tort du 1er novembre 1999 au 31 juillet 2000.

IV) Subsidiairement aux conclusions II et III ci-dessus, la défenderesse est tenue de verser au demandeur ses prestations en vertu des polices collectives et individuelles."

Dans sa réponse du 13 décembre 2000, la Y Assurances allègue qu'elle a communiqué au demandeur par lettre du 30 mars 2000 qu'après versement des indemnités des mois de février et mars, elle considérait le dossier comme liquidé, l'assuré étant apte à travailler à 100 % à partir du 1er avril 2000. Elle fait valoir que le demandeur doit mettre à profit sa capacité de gain, qui est entière dans une profession adaptée, dès fin décembre 1999. Ce dernier n'a mentionné, ni au moment de l'entrée en service chez V., ni lorsqu'il a rempli le questionnaire pour l'assurance individuelle, qu'il était atteint, dans sa santé. Elle conclut, avec dépens, au rejet des conclusions tant principales que subsidiaires du demandeur.

L'échange d'écritures ultérieures n'a pas apporté d'éléments nouveaux déterminants si ce n'est que le demandeur a corrigé le point III de ses conclusions dans ses déterminations du 15 janvier 2001 en ce sens que la date du 31 juillet 2000 doit être remplacée par celle du 1er juillet 2000.

Motifs: La demande tend au versement d'indemnités journalières pour incapacité de travail assurée dans le cadre d'un contrat collectif jusqu'au 31 octobre 1999 et individuel à partir du 1er novembre 1999, contrat régi par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

En vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA). Dans le cadre des réquisits de l'article 47 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées, le Canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; F.A.O. 1996 p. 1956]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124).

S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377, RAMA 1998, KV 35 p. 290; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, assurance-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3, pp. 211 ss).

La demande est dès lors recevable.

Sont réputées assurances complémentaires au sens ci-dessus toutes les couvertures d'indemnités journalières en cas de maladie soumises à la LCA (Ch. rec., arrêt Soares P c. La S Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié au JT 1999 III 106 ss). Tel est le cas du contrat d'assurance collective et également du contrat d'assurance individuelle invoqués en l'espèce.

Il convient préalablement de déterminer si l'assurance collective continue de déployer ses effets après la fin du contrat de travail du demandeur, comme l'invoque le demandeur au point II de ses conclusions.

Selon le Tribunal fédéral, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF non publié 5C.239/2000 du 8 janvier 2001, c. 3b).

En l'espèce, les parties ont limité conventionnellement le droit aux prestations au-delà de la période de couverture du contrat d'assurance collective.

En effet, lorsque est survenue l'incapacité de travail, le demandeur était couvert par le contrat d'assurance collective no. .. passé entre Sa. et la défenderesse. Selon le contrat, il s'agit d'une assurance pour indemnités de maladie en pour cent du salaire déterminant, soit le 80 %, avec un délai d'attente de 3 jours et une durée de prestations de 727 jours; en outre, sont valables pour le contrat les conditions générales (CGA 1995) et les conditions complémentaires (CC 1).

Aux termes des conditions générales (CGA 95), sont assurées les personnes qui font partie du groupe défini dans la police et qui sont liées à l'employeur par un contrat de travail (art. 6 chiffre 1).

L'article 8 des CGA prévoit que la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré notamment "par la sortie du cercle des personnes assurées" (chiffre 1 lettre b)); qu'"en cas d'extinction de la couverture d'assurance selon le chiffre 1 litt. a ou b, l'assuré a le droit de continuer de bénéficier de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle (art. 17 CGA)." (chiffre 2); "si, à l'extinction resp. à la suspension du contrat ou à la sortie du cercle des personnes assurées, un assuré a déjà droit à des prestations d'assurance, celles-ci continueront à lui être versées jusqu'à l'expiration de la durée convenue dans le contrat, mais au plus tard jusqu'à la naissance du droit à une rente selon la LPP" (chiffre 3); toutefois, "cette prolongation de la couverture n'est pas applicable notamment en cas de maintien de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle" (chiffre 4).

Le demandeur a souscrit une assurance individuelle (police no ..) prévoyant une indemnité journalière de 132 fr., avec délai d'attente de 7 jours, pour une durée de 727 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Ce contrat prévoit que les maladies préexistantes sont également assurées (Conditions complémentaires CC1 - IM 95), l'article 4 des CGA demeurant réservé, que la durée est du 1er novembre 1999 "jusqu'à l'âge AVS" en spécifiant toutefois qu'"en tenant compte des prestations déjà fournies par le contrat collectif (208 jours), la durée maximale des prestations est de 727 jours. Le contrat sera annulé après l'épuisement des prestations". Pour ce contrat également sont valables les conditions générales (CGA 95) et les conditions complémentaires (CC 1 et 5).

Ainsi, c'est bien selon le contrat d'assurance individuelle que l'assuré doit être indemnisé.

L'objet du litige est de savoir si le demandeur peut prétendre au versement d'indemnités journalières depuis le 7 avril 1999 jusqu'à épuisement des prestations (soit pour 727 jours) ou si l'obligation de la défenderesse a cessé dès le moment où l'assuré pouvait mettre pleinement à profit sa capacité de gain dans une profession adaptée, soit dès fin décembre 1999.

Les conditions complémentaires pour le maintien de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle (CC 5) prévoient:

"Article 1 chiffre 3: indemnité journalière assurée

La part proportionnelle du dernier salaire assuré par l'assurance-maladie collective est convertie en une indemnité journalière fixe arrondie au franc supérieur et qui est fixée dans le contrat. Demeurent réservées les cas dans lesquels est prévue l'imputation de prestation déjà touchées (art. 2 chiffre 2).

Article 2 Pour quelle durée les prestations sont-elles servies?

chiffre 1. Durée maximale des prestations

La durée jusqu'alors maximale des prestations vaut également dans l'assurance maintenue à titre d'assurance individuelle.

chiffre 2. Imputation des prestations touchées

Lors de cas de maladie en cours, les indemnités journalières continuent d'être payées. Dans ces cas et en cas de rechutes dans les 12 mois, les jours pour lesquels des indemnités journalières ont été allouées par l'assurance-maladie collective avant qu'ait été exercé le droit au maintien de la couverture d'assurance au tarif individuel sont imputés comme jours entiers sur la durée des prestations de l'assurance maintenue à titre d'assurance individuelle."

Le recourant a perçu des indemnités journalières du 7 avril au 31 octobre 1999 en vertu du contrat d'assurance collective et depuis le 1er novembre 1999 selon ce qui a été prévu par le contrat d'assurance individuelle. Ainsi, des 727 jours indemnisés par l'assurance individuelle, il faut déduire les 208 jours déjà versés sous l'empire de l'assurance collective. Le recourant aurait alors droit à des indemnités journalières pour 519 jours dès le 1er novembre 1999, soit jusqu'au 5 avril 2001.

La défenderesse relève que d'après les rapports du 3 janvier 2000 du Dr F. (CHUV orthopédie), du 19 juin 2000 des ergothérapeutes de la Clinique Va. et du 23 juin 2000 du Dr C. du Centre médical de L.-les-B., le patient peut retrouver une activité adaptée 100 % et que sa capacité de gain est entière dès janvier 2000. Elle prétend qu'aux termes de ses conditions générales, elle peut exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité résiduelle de gain, en fonction de sa formation professionnelle d'une part, de la situation d'un marché du travail équilibré, d'autre part et qu'elle ne doit plus aucune prestation après la fin de l'année 1999.

Il ne résulte pas des dispositions des Conditions générales pour l'assurance maladie collective (CGA 95) produites par la défenderesse qu'elle puisse exiger de l'assuré de mettre à profit sa capacité de gain résiduelle. Toutefois, l'article 1 mentionnant comme base du contrat la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), la défenderesse invoque implicitement son article 61 qui prévoit que "lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage".

Dans un arrêt non publié (arrêt 5c.176/1998 du 23 octobre 1998, c. 2c), le Tribunal fédéral a considéré que l'article 61 LCA était l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer son dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (ATF 111 V 235 c. 2a; 114 V 281 c. 3a). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsqu'un assuré doit envisager un changement de profession, en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (RAMA 2000 KV 112 122, c. 3a).

En l'espèce, l'assurance a écrit le 25 août 2000 au conseil de l'assuré:

"Votre client étant entièrement capable de travailler dans le cadre d'une activité professionnelle adaptée, il n'existe plus de droit aux prestations d'indemnités journalières de l'assurance-maladie collective. Bien qu'au vu de l'expertise du Dr. C. et des constatations du Dr. F., plus aucune obligation de prestation n'incombe à la "IY

", et afin d'éviter que votre client ne se retrouve sans ressources jusqu'au début des prestations de l'assurance-chômage, nous sommes prêts à verser à bien plaisir des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2000, à condition qu'il n'existe pas avant cette date de droit à des prestations d'une autre assurance sociale."

Ce faisant, l'assurance n'a pas accordé un délai suffisamment long, vu la jurisprudence rappelée ci-dessus.

En outre, même si l'assurance avait déjà émis ces considérations à une date ultérieure en faisant signer à l'assuré une déclaration aux termes de laquelle il acceptait de liquider définitivement le dossier avec la Y Assurances pour fin mars et de renoncer à toute indemnité concernant ledit dossier dans le futur, on ne peut considérer qu'elle ait valablement averti l'assuré de l'exigibilité de la mise en oeuvre de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Du reste, en adhérant à la requête d'expertise de l'assuré pour déterminer sa capacité de gain et de travail, l'assurance a reconnu que sa position n'était pas entièrement fondée. Aussi, avant que le résultat de cette expertise ne soit communiqué, tout avertissement ne pouvait être donné valablement, l'assuré ne pouvant pas mettre en oeuvre sa capacité de travail si elle n'avait pas encore été déterminée.

Dans ces conditions, le tribunal retiendra la lettre du 24 août 2000 comme l'expression de l'avertissement nécessaire. Reste encore à déterminer le délai, la proposition de la défenderesse de verser ses prestations jusqu'à la fin du même mois n'étant pas

acceptable. Vu les explications de l'assurance défenderesse et la situation concrète de l'assuré demandeur, un délai de trois mois à partir de cette date, paraît adéquat. S. a ainsi droit à des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2000.

La Y ayant cessé tout versement le 31 mars 2000, elle doit encore au demandeur des indemnités pour la période du 1er avril au 30 novembre 2000, soit 244 jours à 132 fr., soit la somme totale de 32'208 francs.

Le demandeur, qui obtient partiellement gain de cause, a été assisté d'un avocat durant la procédure. Il a, par conséquent, droit à des dépens réduits qui doivent être fixés en fonction de la difficulté de l'affaire et du travail fourni par le conseil (RCC 1969 p. 557).

En l'espèce, il convient d'arrêter à 2'000 fr. la somme allouée à titre de dépens.