



T R I B U N A L D E S A S S U R A N C E S

Présidence de Mme M A I R E, juge
Membres : MM. Donzel et Dind, juges
Greffier : M. Ritter, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 7 janvier 2003

dans la cause

X, demandeur,
représenté par l'avocat Alexandre Bernel, à Lausanne,

contre

Y, COMPAGNIE D'ASSURANCES,
défenderesse.

E n f a i t :

A. X, ressortissant turc, né en 1958, a travaillé comme soudeur pour la FN SA, à Morges. De ce fait, il était couvert par son employeur pour les indemnités journalières en cas de maladie au titre d'un contrat d'assurance collectif conclu par son employeur avec la Y, Compagnie d'assurances, à Lausanne (police no XXXXX).

Le 6 novembre 1997, il a été victime d'un accident professionnel. Selon la déclaration d'accident LAA, alors qu'il était en train de scier une pièce, celle-ci s'est retournée et lui a frappé le menton : il est tombé et s'est évanoui sous le choc; il a été blessé au bas du menton, à la lèvre inférieure, aux dents, avec des plaies, au dos, au coccyx et à la tête. Le diagnostic posé le 11 décembre 1997 par le Dr F était celui de "plaie de la lèvre inférieure et contusion du sacrum".

La reprise du travail s'est avérée difficile, l'assuré se plaignant toujours de douleurs de la charnière lombo-sacrée. Malgré l'avis du Dr H, médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré n'a pas repris le travail à la mi-journée le 16 décembre 1997. La reprise a été préconisée en plein dès le 19 janvier 1998. Le 5 février 1998, le Dr G, également de la CNA a constaté une chronicisation évidente des troubles. L'assuré a interrompu le travail le 10 février 1998. Un examen pratiqué par résonance magnétique le 13 février 1998 n'a pas montré de lésion significative du segment lombo-sacré-coccygien. Au vu de ces constatations, la CNA a mis fin à ses prestations le 22 février 1998.

L'assuré a, par conséquent, annoncé une incapacité de travail pour cause de maladie dès le 23 février 1998 et la Y a alloué ses prestations dès le 25 février suivant, après écoulement du délai contractuel de carence de deux jours. Les certificats

d'incapacité de travail dès le 23 mars 1998 ont été établis par le Dr S, du Centre médical Vidy-Med, pour un état grippal, et par le Dr F, médecin-traitant, généraliste à Crissier. Ce dernier praticien a posé plusieurs diagnostics, dont celui de sacralgies chroniques.

Au début d'avril 1998, l'assuré a consulté la Doctoresse P, rhumatologue, qui a attesté le prolongement des incapacités de travail, après un essai de reprise du 23 au 25 mars 1998. Dans son rapport du 6 avril 1998, la Dresse P indiquait que l'examen clinique était tout à fait rassurant, mais, qu'en raison de points douloureux, notamment en L5-S1, l'arrêt de travail avait été renouvelé le 26 mars 1998; le traitement avait été surtout axé sur un réentraînement musculaire au moyen d'appareils de musculation, ainsi qu'un traitement médicamenteux. Cette praticienne se déclarait sceptique quant à l'évolution du cas et insistait sur la prédominance des facteurs psychologiques.

La Y a chargé d'une expertise le Docteur R, spécialiste FMH en médecine interne, à Lausanne. Dans son rapport du 6 avril 1998, ce praticien a posé les diagnostics principaux de "douleurs de la charnière sacro-coccygienne irradiant dans la fesse gauche suite à une chute le 6 novembre 1997, troubles somatoformes douloureux"; il signalait encore une tendinopathie en 1995, ainsi qu'un probable syndrome de Raynaud en 1997 et une périarthropathie de l'épaule gauche en 1997. Au titre des constatations objectives, il notait des "discrets signes dysfonctionnel sacro-iliaques constatés le 22 décembre 1997 par le Dr L; actuellement aucun dysfonctionnement physique; sur le plan psychique : colère et frustration débouchant sur une blessure narcissique. L'expert estimait ainsi que la base réelle de l'arrêt actuel de travail est un conflit intrapsychique avec blessure narcissique de l'assuré face à son employeur, ce

dernier ayant refusé d'engager du personnel supplémentaire et étant considéré par l'assuré comme responsable de l'accident. Le travail devait être repris à 50 % dès le 14 avril 1998 et en plein dès le 25 mai 1998; en cas de non-reprise, un traitement psychothérapeutique serait indiqué. La date de la reprise du travail a été finalement fixée au 21 avril 1998 à 50 %.

Le 7 avril 1998, la Dresse P a indiqué qu'elle adhérait sans réserve au rapport d'expertise du Docteur R; elle proposait un traitement antidépresseur associé à de la physiothérapie intensive. Elle confirmait que la reprise du travail à 50 % était ainsi envisageable dès le 21 avril 1998.

Une nouvelle incapacité de travail à 50 % a été attestée par le Dr S, psychiatre, à Lausanne, qui a indiqué, dans un rapport du 25 juin 1998, que l'incapacité était de 100 % dès le 22 juin 1998, en raison des douleurs persistantes et d'un syndrome dépressif; la fixation somatique semblait être la métaphore de la difficulté de l'assuré à accepter son conflit avec son employeur, mais la souffrance était réelle; le Dr S a prolongé l'incapacité à 100 % jusqu'au 15 août 1998. Le 17 juillet 1998, il a posé le diagnostic de "trouble somatoforme douloureux d'origine indéterminée; état dépressif majeur d'intensité moyenne chronique". Il a expliqué qu'il avait entrepris divers traitements médicamenteux sans succès réel et avait des doutes quant à la compliance du patient. Un traitement par perfusion a amélioré les idées noires, mais pas les douleurs, l'assuré évoquant l'apparition de nouvelles douleurs à la mâchoire et au thorax. Les raisons médicales objectives de l'arrêt de travail étaient les syndromes douloureux multiples chroniques et la reprise du travail ne pouvait être envisagée, le patient restant fixé sur ses somatisations et se dirigeant vers une invalidité totale. Le Dr S a prolongé l'incapacité totale de travail jusqu'au 31 octobre 1998 en tout cas.

Le 25 août 1998, la F N SA a informé l'assuré qu'elle résiliait le contrat de travail en cours pour le 30 novembre 1998 et qu'elle lui proposait un autre poste (moins bien payé) dès le 1er décembre suivant, que l'assuré a refusé.

La Y a chargé d'une expertise le Docteur M, psychiatre FMH, à Genève. Le rapport déposé par l'expert le 26 septembre 1998 a été établi après deux entretiens avec l'assuré, une anamnèse complète, ainsi qu'un examen et l'observation de celui-ci. Il retient comme fait principal "la discrédance entre les douleurs dont se plaint l'assuré et une mimique et un discours plutôt enjoués, celui-ci apparaissant détendu et souriant", ce qui amène l'expert à poser le diagnostic de "simulation, personnalité immature". Il écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et de névrose de rente, l'assuré ne présentant pas les caractéristiques du syndrome somatoforme; l'intéressé ne donne pas l'impression d'être très souffrant et ne présente aucun trouble sévère de la personnalité. L'expert estime que l'assuré doit être mis au travail au plus vite, sa capacité de travail n'étant pas altérée par des troubles psychologiques. La capacité de travail était fixée à 50 % pendant deux mois environ, vu l'enkystement de la situation, puis à 100 % pour une durée indéterminée; selon l'expert, le refus de la rente devait libérer l'assuré de ses troubles psychogènes et l'inciter à retrouver une capacité de travail complète.

A la suite de cette expertise, l'assureur a, le 14 octobre 1998, informé l'assuré qu'il devait reprendre immédiatement le travail à 50 %, puis à 100 % dès le 19 octobre 1998; des indemnités journalières à 50 % seraient versées du 18 août au 19 octobre 1998.

L'assuré a consulté le Dr N, à Renens, qui a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 2 novembre 1998 pour environ une semaine. Ce délai a été

prolongé au 16 novembre 1998, pour état grippal et début de broncho-pneumonie. Le 6 novembre 1998, le Dr M a indiqué qu'après avoir eu un entretien avec l'assuré et recueilli des renseignements du Dr N, la capacité de travail était de nouveau de 100 %. La Y a accepté de prendre le cas en charge, s'agissant d'une affection différente de celle qui avait débuté le 23 février 1998. Dès le 17 novembre 1998, l'assuré n'a plus été au bénéfice d'une incapacité de travail attestée médicalement.

Le 1er décembre 1998, l'assuré a informé la Y qu'il souhaitait prolonger son assurance perte de gain dès le jour même, du fait que son contrat de travail avait pris fin le 30 novembre 1998.

L'assuré a été examiné au CHUV le 7 décembre 1998, service d'orthopédie, par le Dr D, chef de clinique. Ce praticien a noté que assuré se plaignait de douleurs lombo-sacrées, tantôt à gauche, tantôt à droite, irradiant tout le sacrum, sans déficit neurologique; il considérait que le bilan rhumatologique et radiologique était normal, mais que l'assuré se trouvait dans un cadre socioprofessionnel difficile; l'examen pratique évoquait des douleurs sacrées diffuses, vagues, qui pourraient rentrer dans le cadre d'une mauvaise posture, avec insuffisance de la musculature régionale. Le Dr D se déclarait pessimiste pour l'avenir, vu les problèmes socioprofessionnels et une très probable surcharge psychogène, soit en raison des facteurs extra-anatomiques.

Interpellé par la Y, le 31 décembre 1998, le Dr N a toutefois précisé qu'il suivait l'assuré depuis le 28 avril 1998 pour des lombalgies résiduelles sur traumatisme du 6 novembre 1997 et que l'incapacité de travail était totale depuis le 22 juin 1998 pour une durée indéterminée. Au surplus, il se référait au rapport du CHUV du 7 décembre 1998.

L'assuré s'est vu reconnaître par le Dr N une nouvelle incapacité de travail du 25 décembre 1998 au 4 janvier 1999, le diagnostic posé étant celui de sinusite et maux de tête dans le cadre d'un état grippal; une incapacité de travail a derechef été attestée par le Dr N dès le 19 janvier 1999 pour une dizaine de jours, avant d'être prolongée, de manière continue, par des certificats médicaux successifs.

Dans un rapport reçu par l'assureur le 14 juin 1999, le Dr N, se référant à un rapport de la Dresse P du 12 mars 1999, a indiqué que l'assuré souffre, d'une part, des séquelles de son accident, d'autre part d'une forme de rhumatisme avec atteinte inflammatoire du tissu conjonctif, probablement antérieure à l'accident, ainsi que d'un problème d'insensibilité maxillo-facial, séquellaire de son accident. L'incapacité de travail actuelle est due à ses nombreuses douleurs articulaires et musculaires; ce status est consécutif à la maladie du tissu conjonctif, longue et imprévisible.

Dans son rapport précité, la Dresse P a confirmé ses constatations faites en 1998, selon lesquelles il n'y avait à l'époque pas de pathologie physique expliquant les douleurs, et se ralliait au diagnostic proposé par les psychiatres de focalisation somatique, liée à l'impossibilité de verbaliser un conflit professionnel. Depuis quelques mois, en revanche, elle notait que l'assuré avait à nouveau signalé des arthralgies, avec de discrets signes cliniques, confirmés par un examen du 15 février 1999; au surplus, l'assuré se plaignait d'un syndrome de Raynaud, de troubles sensitifs à la mâchoire, de sécheresse buccale et de symptômes oculaires. D'autres investigations pratiquées ont amené la Dresse P à conclure à un probable syndrome de Sharp ou MCDT, qui évolue certainement depuis 1996; la reprise du travail dépendait uniquement de problèmes articulaires périphériques; elle confirmait les incapacités de travail qu'elle avait fixée en 1998 (100 % du 26 mars au 20 avril 1998 et

50 % du 21 avril au 24 mai 1998; pour la suite, les arrêts de travail avaient été accordés par le Dr S).

Le 1er septembre 1999, la Dresse P a indiqué qu'elle suivait par intermittence l'assuré, qui présentait une maladie inflammatoire ayant débuté probablement vers la fin de l'année 1996, avec quelques plaintes en 1997; la maladie avait évolué progressivement depuis fin juin 1998 avec une nouvelle poussée au début de 1999.

Le 13 juillet 1999, la Y a refusé d'allouer ses prestations pour les nouvelles périodes d'incapacité de travail, postérieures au 18 octobre 1998, faute d'atteinte médicale au-delà de cette date. Elle ajoutait que l'assuré n'était plus assuré dès le 1er décembre 1998. En effet, il avait été licencié par son employeur pour le 30 novembre précédent et n'a pas droit à la conclusion d'une assurance individuelle de libre passage, étant réputé sans activité lucrative dès cette date, puisque non inscrit à l'assurance-chômage et ne subissant donc aucune perte de salaire.

L'assuré s'est annoncé à l'assurance-chômage le 23 décembre 1998, il s'est inscrit le 27 janvier 1999; le dossier a été clos le 6 avril 1999 en raison d'un arrêt maladie prolongé. Il s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) le 25 mars 1999, sollicitant l'octroi d'une rente.

B. Le dossier de l'AI contient notamment un rapport de la Dresse P du 25 octobre 2000, qui indique que la situation a nettement évolué depuis la demande du 25 mars 1999; le 8 décembre 2000, elle a indiqué que la maladie rhumatologique actuelle, savoir une connectivite de type MCD, s'est développée progressivement depuis 1997 et que le problème de l'accident du 6 novembre 1997 n'est plus du tout d'actualité, les problèmes de santé reposant uniquement sur la maladie; dans le cadre de sa connectivite, le patient avait présenté un important syndrome sec

avec atrophie des deux glandes salivaires, un syndrome de Raynaud, des arthralgies et des myalgies épisodiques; ses doigts étaient devenus un peu empâtés et discrètement scléreux avec une certaine raideur; une capillaroscopie était négative pour une sclérodermie; les examens du sang montraient un syndrome inflammatoire quasi constant depuis 1998; la symptomatologie douloureuse évoluait par poussées, pouvant nécessiter un arrêt de travail complet et il était impossible à l'assuré d'accomplir des travaux de précision en raison d'un manque d'agilité des doigts.

L'AI a rejeté la demande de prestations, l'assuré présentant une capacité entière dans une activité adaptée et faute d'incapacité de gain ouvrant droit à une rente. Elle a toutefois rapporté sa décision, dans l'attente de l'issue d'une procédure ouverte devant le Tribunal des assurances relative aux indemnités journalières AI.

L'assuré est suivi par l'association "A" depuis le 11 mai 2000. Dans un rapport du 12 janvier 2001, la Dresse D, rattachée à cette organisation, a posé le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique. Les symptômes physiques ont renforcé la fragilité psychologique sous-jacente du patient; du point de vue psychologique actuel, les symptômes physiques aigus éprouvés par l'assuré sont tout à fait plausibles et s'inscrivent dans la trame historique de sa vie. "Vu la valeur excessive que le travail a toujours pris pour (le) patient, ses douleurs prennent d'autant plus d'ampleur et augmentent sa souffrance psychologique car ils (sic) l'empêchent de travailler".

C. Par demande du 22 juin 2000, X représenté par l'avocat Alexandre Bernel, a saisi le Tribunal des assurances, concluant au paiement immédiat par la Y "d'un montant de l'ordre de 58'000 fr., qui sera précisé en cours d'instance, plus intérêts à 5 % l'an dès le 10 septembre 1999", échéance moyenne.

Dans sa réponse du 5 septembre 2000, la défenderesse a conclu, principalement à l'irrecevabilité de la demande, le tribunal de céans n'étant pas compétent *ratione materiae*, et subsidiairement à son admission partielle en ce qui concerne les indemnités journalières dues du 16 août au 15 octobre 1998, par 3'270 fr. 40; la demande devait être rejetée pour le surplus. Elle fait valoir, pour ce qui est des incapacités de travail attestées du 25 décembre 1998 au 3 janvier 1999, puis dès le 19 janvier 1999, qu'elles concernaient la même maladie que celle qui avait entraîné l'incapacité de travail jusqu'au 15 octobre 1998. Elle estimait que la question de savoir si un droit au libre passage devait être reconnu était secondaire, car même s'il avait été accordé, aucune prestation ne serait due, l'assuré étant totalement capable de travailler dès le 16 octobre 1998, conformément aux avis des experts R et M.

Dans sa réplique du 23 novembre 2000, le demandeur a requis des mesures d'instruction concernant le décompte de primes jusqu'au 15 octobre 1998; il a aussi sollicité la mise en oeuvre d'une expertise "tendant à déterminer s'il a subi et subit encore des atteintes à sa santé physique et psychique ayant causé une incapacité de travail totale ou d'un taux à déterminer du 16 au 31 octobre 1998, du 25 décembre 1998 au 3 janvier 1999 et dès le 19 janvier 1999 sans interruption".

Dans sa duplique du 17 janvier 2001, la défenderesse a donné des explications sur les décomptes de primes jusqu'au 18 octobre 1998. Pour la période postérieure au 15 octobre 1998, elle se réfère aux rapports des experts, qui ont examiné le demandeur au moment critique et dont les avis ont force probante selon les critères posés par la jurisprudence; elle considère dès lors que le demandeur était entièrement apte au travail dès le 16 octobre 1998.

D. Diverses mesures d'instructions ont été ordonnées auprès de l'employeur. Les parties se sont déterminées sur les documents fournis. Le 10 avril 2001, le demandeur a

précisé Ses conclusions de sa demande, en ce sens qu'il requérait paiement immédiat de la part de la défenderesse d'un montant de 62'189 fr. 50, montant réduit à 58'568 francs 70 le 28 juin 2001 en déclarant renoncer à toutes prétentions pour la période du 16 au 18 octobre 1998. Le montant de 58'568 fr. 70 se décomposait comme suit :

481 indemnités journalières de 116 fr. 80, soit 56'180 fr. 80 + 2'387 fr. 90 = 58'568 fr. 70;

- l'assureur avait versé 247 indemnités (728 - 247);

- le montant de 2'387 fr. 90 provenant des différences entre les montants versées par l'employeur à l'assuré (19'220 fr. 10) et les décomptes des indemnités versées par l'assureur à l'employeur.

Concernant ce montant, des explications ont été données par la défenderesse, qui a produit de nouvelles pièces, les 4 juillet et 18 septembre 2001.

E n d r o i t :

1. Dans un arrêt SP c. La S Assurances, du 24 juin 1998 (JdT 1999 III 106 ss), la Chambre des recours du Tribunal cantonal a statué que doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, première phrase, LAMal toute assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie, qu'elle complète ou non l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 ss LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; peu importe qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1 LAMal (JdT 1999 III 106,

c. 4 et 5, confirmé par Ch. rec., arrêt S c. B du 2 février 2000, n° 31/ 2000). Les mêmes principes sont applicables, sur un plan général, à toute assurance dont la vocation est de compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal (JdT 1999 III 106, c. 4d in fine p. 122 s.; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, JdT 2000 III 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, dans : Colloques et journées d'études 1999-2001, éd. IRAL, Lausanne 2002, pp. 763 ss).

Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II^e Cour civile. (Réf. 5C.26/1999).

Le Tribunal des assurances est donc compétent pour connaître du présent litige, l'argumentation de la défenderesse dirigée contre la jurisprudence de la Chambre des recours ne permettant aucune remise en cause de cette pratique.

2.a) Selon l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

b) Le contrat d'assurance à l'origine des conclusions de la demande procède de conditions générales d'assurance (CGA) de la défenderesse.

Est réputée incapacité de travail l'impossibilité pour l'assuré d'exercer une activité lucrative; est qualifiée de maladie tout trouble involontaire du fonctionnement de l'organisme médicalement décelable et qui n'est

pas dû à un accident (art. 1 CGA). L'assurance couvre dans les limites des dispositions contractuelles, la perte de salaire résultant d'une incapacité de travail due à une maladie et attestée par un médecin (art. 2 CGA). Sont assurées, les personnes appartenant aux groupes désignés dans la police (art. 3 CGA). L'article 4 CGA régit la limitation de la couverture : ne donne pas droit au versement de l'allocation journalière une incapacité de travail, due à une maladie, et qui est en cours lors de la prise d'effet de la couverture d'assurance, ainsi que les incapacités de travail provoquées par des maladies professionnelles ou d'autres causes énumérées.

L'article 5 CGA détermine le début de la couverture en énonçant divers cas de figure (cf. aussi l'art. 19 CGA quant à l'entrée en vigueur du contrat). En l'espèce, il y a eu une demande de transfert en décembre 1998 mais celle-ci n'a pas été suivie d'une acceptation et il n'y a pas eu de paiement de primes ou envoi de bordereau de primes.

A teneur de l'article 6 CGA, la couverture d'assurance prend fin en dehors des cas prévus par la loi ou le contrat :

- a) le jour où les rapports de travail cessent, à minuit;
- b) à la fin de la période d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 70 ans;
- c) dès que le droit à l'allocation journalière est épuisé.

Selon l'article 8 CGA, en cas d'incapacité totale de travail, la Compagnie verse l'allocation journalière assurée dès l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police (al. 1er); l'incapacité totale ou partielle doit dûment être attestée par un médecin ou par l'employeur (al. 4). D'après l'article 9 alinéa 6 CGA, si le jour où l'assurance prend fin ou est suspendue, en vertu du contrat ou de la loi, l'assuré, qui n'a pas atteint l'âge de

la retraite AVS a droit à l'allocation d'une indemnité journalière, celle-ci lui est accordée jusqu'à la fin de l'incapacité de travail qui y donne droit, mais au maximum pendant 180 jours au-delà du terme de l'assurance, sous réserve d'un épuisement antérieur du droit aux prestations selon les CGA.

Concernant le libre passage, l'article 12 alinéa 1er CGA dispose que l'assuré a le droit de passer dans l'assurance-maladie individuelle de la compagnie, pour autant qu'il ne puisse faire valoir le droit au libre passage au sens de l'article 13 desdites CGA, dans les cas suivants :

- "lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend une assurance maladie collective conclue auprès de la compagnie;
- lorsque l'assurance prend fin; en cas de sinistre, le transfert a lieu après épuisement des prestations selon le ch. 9 al. 6, dans la mesure où il ne s'agit pas d'assurés mentionnés au ch. 3 al. 2 tirets 1 et 2;
- lorsque l'assuré est réputé chômeur au sens de l'art. 10 LACI".

Pour être valable, le droit au transfert doit être exercé par une demande à la Compagnie dans un délai de 30 jours à compter du jour de la sortie de l'assurance collective (al. 2)

l'alinéa 3 de cette même disposition contractuelle prévoit ce qui suit :

"La Compagnie a, dans les limites des dispositions de l'assurance individuelle, l'obligation de garantir à l'assuré qui sort de l'assurance collective les prestations qui lui étaient accordées jusqu'alors sous réserve des éventuelles réductions de couverture et pour autant qu'une activité lucrative subsiste. En cas de chômage, l'état de santé n'est pas pris en considération et le délai d'attente prévu dans la collective peut être prolongé au choix de l'assuré; il peut être réduit jusqu'à 30 jours au minimum si le délai d'attente était supérieur."

Selon l'article 10 LACI, est réputé sans emploi celui qui n'est pas partie à un rapport de travail et cherche une activité à plein temps; celui qui cherche du travail n'est réputé sans emploi ou partiellement sans emploi que s'il s'est annoncé à l'office du travail de son lieu de domicile aux fins d'être placé.

3. Dans le cas d'espèce, le litige porte sur le libre passage du demandeur dans l'assurance individuelle après le terme de la couverture collective au 30 novembre 1998, d'une part, ainsi que sur l'existence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations du 25 décembre 1998 au 3 janvier 1999 et dès le 19 janvier 1999, d'autre part.

Si les prestations ci-dessus ne devaient pas être en relation avec des affections survenues durant la couverture d'assurance, émergeant dès lors à la défenderesse, devra alors être tranchée la question du libre passage; si la maladie annoncée est la même, dès le 25 décembre 1998, que celle qui avait donné lieu à l'incapacité de travail jusqu'au 18 novembre 1998, il devra être déterminé si les prestations doivent être allouées en raison de la prolongation de la couverture pour le même sinistre.

4.a) Durant la couverture d'assurances, le seul sinistre établi est celui résultant de l'accident, dont la défenderesse admet qu'il relève aussi du risque maladie. Or, l'incapacité de travail due à cet événement a pris fin le 18 octobre 1998. La nouvelle incapacité du 2 au 15 novembre 1998 était due à un état grippal. Le licenciement a pris effet le 30 novembre 1998. La prochaine incapacité de travail attestée est celle du 25 décembre 1998 au 4 janvier 1999, également pour état grippal.

A partir du 19 janvier 1999, une nouvelle incapacité de travail a été attestée, Il semble que ce soit en raison d'une maladie rhumatismale. En tout cas, dès le mois de mars 1999, la Dresse P a attesté de

problèmes rhumatismaux justifiant une incapacité de travail. Cette affection, survenue depuis quelques mois, n'avait pas réellement été tenue auparavant pour une cause d'incapacité de travail.

A cet égard, il y a eu une interruption de l'incapacité de travail du 19 novembre au 28 décembre 1998, voire jusqu'au 19 janvier 1999 : l'assuré a été entièrement apte au travail durant cette période à dire d'expert, le statu quo ante ayant été recouvré le 16 octobre 1998 au plus tard. Selon ces avis, qui ont pleine force probante, l'accident ne produit ainsi plus d'effet à compter du 16 octobre au plus tard. Il n'apparaît pas vraisemblable que l'incapacité de travail ait trouvé son origine durant la couverture d'assurance, étant précisé que le risque assuré n'est pas la maladie en tant que telle, mais l'incapacité pouvant découler d'une affection morbide. Le nouveau sinistre, soit la maladie rhumatismale éventuelle, est ainsi survenu après la couverture. On ne se trouve pas dans le cas où le contrat d'assurance collectif doit être prolongé en raison de la poursuite du sinistre (art. 6 litt. c CGA, conforme aux principes posés par l'ATF 127 III 106). Ainsi, l'assurance collective n'a pas été prolongée après la fin des rapports de travail en raison des suites du sinistre constitué par l'accident du 6 novembre 1997.

b) La question qui se pose est dès lors de savoir s'il peut y avoir transfert valable dans l'assurance individuelle. Dans l'affirmative, les prestations seraient dues pour le nouveau sinistre dans la mesure où il y aurait incapacité de travail, le demandeur étant débiteur des primes afférentes à cette nouvelle couverture.

L'assuré a demandé le 2 décembre 1998, dans le délai contractuel prévu, son transfert dans l'assurance individuelle, ce conformément à l'article 12 CGA, puisque l'intéressé avait cessé d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend une assurance maladie collective

conclue auprès de la compagnie et qu'il ne peut pas faire valoir le droit au libre passage, en raison d'un nouvel emploi. L'assureur n'a pas répondu. Or, à réception de la demande de transfert dans l'assurance individuelle, la défenderesse était tenue d'y donner suite et d'adresser une proposition d'assurance au demandeur. Le fait qu'elle n'ait pas réagi, malgré les requêtes réitérées du candidat, ne doit pas porter préjudice à celui-ci, dont le droit de passer dans l'assurance individuelle a été validement sauvegardé par sa demande présentée le 2 décembre 1998.

Le transfert dans l'assurance individuelle doit être accordé au demandeur en tout cas pour deux raisons, déduites de l'article 12 CGA : d'abord parce qu'il a cessé d'appartenir au cercle des personnes assurées par le contrat collectif au terme de ses rapports de service avec la FN SA; ensuite car le rapport d'assurance collectif a pris fin en raison de la cessation des rapports de travail au 30 novembre 1998.

En outre, il s'est annoncé à l'assurance-chômage; ayant demandé son transfert et ayant droit à celui-ci pour les motifs ci-dessus, il importe peu qu'il n'ait pas été reconnu comme chômeur au sens de l'article 10 LACI, vu la disposition précitée des CGA de la défenderesse, qui garantissent le transfert dans l'assurance individuelle dans les deux autres cas précités, ici applicables. De même, le transfert procédant d'une demande, il n'est pas déterminant que l'assuré ait été sans activité lucrative et ne subit donc pas de perte de salaire. Peu importe aussi qu'il n'était alors pas inscrit au chômage.

Le transfert dans l'assurance individuelle étant valide, peu importe que la maladie à l'origine de l'incapacité de travail éventuelle existât déjà ou pas lors la couverture collective.

Le droit aux prestations ne peut dès lors être nié dans son principe a priori.

5. L'issue du litige dépend dès lors de savoir si le demandeur a encouru une incapacité de travail dès le 1er décembre 1998 et, dans l'affirmative, de quelle durée et de quel taux.

a) Comme déjà relevé, la maladie du 25 décembre 1998 au 3 janvier 1999 était un état grippal et la maladie survenue le 19 janvier 1999 résultait de l'affection rhumatismale, qui existait auparavant, mais n'avait, semble-t-il, pas provoqué d'incapacité de travail. Aussi bien, dans sa réponse, la défenderesse fait une fausse interprétation de l'allégué 59 de la demande en faisant valoir que les incapacités de travail attestées du 25 décembre 1998 au 3 janvier 1999, puis dès le 19 janvier 1999, concernaient la même maladie que celle existant avant le 15 octobre 1998. De même, en ajoutant que, quoi qu'il en soit, aucune prestation n'aurait été accordée, car selon les experts, la capacité était totale dès le 18 octobre 2001, la défenderesse oublie que le demandeur conclut à l'octroi d'indemnités pour la nouvelle maladie rhumatismale annoncée dès le 19 janvier 1999.

b) Au surplus, il y a lieu de trancher la question de savoir si le refus de l'assuré d'occuper l'emploi moins bien rémunéré proposé par son ex-employeur est déterminant pour l'appréciation de sa capacité de travail au sens médical.

Dans un jugement S c. V, du 2 août 2000 (AMC 4/98 - 19/2000), confirmé sur ce point par arrêt du 8 janvier 2001 du Tribunal fédéral (ATF 127 III 106 précité), le tribunal de céans a considéré ce qui suit :

"L'obligation de diminuer le dommage que l'article 61 LCA met à la charge de l'assuré est certes un principe général qui trouve application dans une assurance de dommage, à laquelle est assimilable l'assurance d'indemnité journalières (ATF 104 II 44; ATF 119 II 361). Toutefois, en l'espèce, les prétentions du demandeur trouvent leur base dans un contrat d'assurance d'une indemnité journalière collective conclue par un tiers aux fins de substituer les dites indemnités à ses obligations légales (art. 324 a et b CO). Dans ce cadre, c'est au regard des

dispositions expresses du contrat ou de conditions générales que l'obligation de diminuer le dommage doit être examinée, la règle de l'article 61 LCA apparaissant par trop abstraite et lointaine du demandeur. En l'occurrence, comme dit ci-dessus, les dispositions du contrat ou des CGA sont muettes sur cette obligation. Faute de disposition explicite sur l'obligation de diminuer le dommage et sur les modalités concrètes qu'une telle obligation impose à l'assuré, la capacité/l'incapacité de travail doit être examinée dans la profession habituelle" (c. 6b).

En l'espèce, les CGA de la défenderesse énoncent, dans la définition de la maladie, que le trouble doit être "involontaire" pour pouvoir donner lieu à prestations; en outre, leur article 23 prévoit la réduction des prestations, de manière "proportionnelle", lorsque des facteurs étrangers à la maladie en influencent le cours.

c) Dans sa réplique, le demandeur a requis une expertise. Il fait état d'une incapacité de travail du 16 au 31 octobre 1998, qui n'a pas été attestée à l'époque, hormis par le Dr S. Or, concernant le status psychiatrique, l'expertise du Dr M a une pleine valeur probante. Au surplus, les certificats médicaux attestant de l'incapacité de travail dès le 19 janvier 1999 émanent du médecin traitant du demandeur, alors même que la défenderesse se réserve, dans l'article 22 alinéa 2 de ses CGA, la faculté de faire examiner l'assuré par un médecin de son choix. Les parties paraissent donc avoir un intérêt convergent à de nouvelles investigations médicales, lesquelles pourront s'avérer déterminantes sur le fond.

d) De surcroît, le demandeur étant couvert par l'assurance individuelle, il est débiteur des primes y afférentes dès le 1er décembre 1998, de sorte que l'on ne saurait statuer sur le montant total des indemnités éventuellement dues sans aborder la question des modalités du paiement des primes.

e) En outre, on ne peut d'emblée exclure que des rapports de droit relevant de l'assurance-chômage déploient des effets sur le sort de la cause.

f) Enfin, les comptes devront être soldés avec l'ex-employeur du demandeur et d'éventuelles prestations en espèces devront, avant leur versement, être portées à la connaissance de l'autorité administrative ayant alloué les prestations d'aide sociale au demandeur.

6. Il apparaît ainsi que l'octroi éventuel d'indemnités journalières dépend d'une pluralité de questions complexes sur lesquelles les parties ne se sont, en l'état, pas déterminées de manière prioritaire, leurs argumentations respectives étant surtout fondées sur le droit au maintien d'une couverture l'assurance après le terme des rapports de service du demandeur avec la FN SA. Cette question, qui est préalable à l'octroi de toutes prestations, a été tranchée en défaveur de la défenderesse (cf. le considérant 3 ci-dessus). Si l'autorité judiciaire de recours statuait en sens contraire, le droit à toutes prestations serait nié par principe au-delà du 30 novembre 1998, ce qui rendrait vains tous autres procédés d'instruction et considérants de droit.

Il est ainsi à tout le moins opportun de limiter le présent jugement à la question préjudicielle de la garantie de la couverture du demandeur dès le 1er décembre 1998, conformément au principe posé à l'article 285 CPC. Par surabondance, on pourrait même considérer que la disjonction est impérative selon l'alinéa 2 de cette même disposition, également par analogie. Cette question n'a toutefois pas besoin d'être tranchée formellement, puisque le juge de l'article 47 LSA applique la maxime inquisitoire selon l'alinéa 2 de cette dernière disposition (Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMaI, RSA 1995, p. 213, avec n. 37). Par identité de motifs, le juge n'est tenu à aucun avis préalable aux parties au sens de l'article 285 alinéa 1er CPC, par analogie; à plus forte raison ne lui incombe-t-il pas de statuer à titre préjudiciel pour déterminer la question faisant l'objet du jugement sur partie (cf. les art. 286 et 287 CPC, par analogie).

La présente décision doit revêtir la forme d'un jugement en constatation de droit (Feststellungsurteil), dès lors qu'il ne saurait, pour les motifs indiqués ci-dessus, être statué par jugement en exécution (Leistungsurteil; cf. ATF 114 II 253; voir aussi, quant à la terminologie, Habscheid, Droit judiciaire privé suisse, 2e éd., Genève 1981, p. 291).

7. Au vu de ce qui précède, il doit être constaté, à titre préjudiciel, que le demandeur a droit au maintien d'une couverture pour perte de gain en cas de maladie auprès de la défenderesse au titre de l'assurance individuelle dès et y compris le 1er décembre 1998.

8. Les dépens suivent le sort de la cause (cf. Poudret/Haldy/Tappy, CPC annoté, n. 3 ad art. 285 CPC, par analogie).

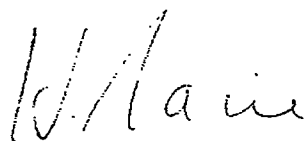
9. Les parties seront orientées quant à la suite de la procédure dès le présent jugement entré en force.

Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
p r o n o n c e :

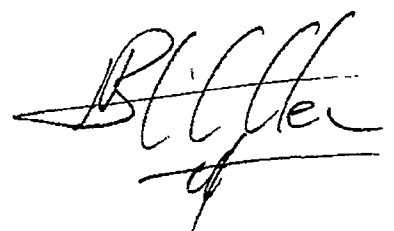
I. Il est constaté que le demandeur a droit au maintien d'une couverture pour perte de gain en cas de maladie auprès de la défenderesse au titre de l'assurance individuelle dès et y compris le 1er décembre 1998.

II. Les dépens suivent le sort de la cause

Le président :



Le greffier :



DU 10 FEV. 2003

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

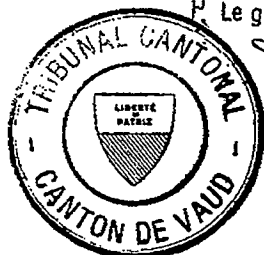
e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire
(art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL



Le greffier :

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]