



CANTON DE VAUD
TRIBUNAL CANTONAL

AMC 13/02 – 1212003

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. C O T T I E R, Président
Membres : M. Donzel, juge, et M. Ritter, juge ad hoc
Greffier : Mme Di Ferro, greffière-substitut

* * * * *

Jugement **du 22 juillet 2003**

dans la cause

X, demandeur, représenté
par l'avocat Philippe Nordmann, à Lausanne,

contre

Y ASSURANCE, défenderesse

Art. 62 CO; 11 al. 1^{er}, 33, 72, 87 LCA

E n f a i t :

A. X, né en 1948, était assuré depuis le 1er janvier 1997 auprès de la Y au titre d'un contrat collectif souscrit le 5 novembre 1996 par son employeur, S SA, à Lausanne. Cette police garantissait une indemnité journalière de 80 % du salaire assuré dès et y compris le 15e jour d'incapacité de travail en cas de maladie (31e jour depuis le 1er janvier 2000), pour une durée de 730 jours dans une période de 900 jours avec imputation du délai d'attente. Elle était, à l'origine, soumise à des conditions générales d'assurance (CGA) en vigueur dès le 1er janvier 1997; de nouvelles conditions générales ont été établies par l'assureur avec effet au 1er janvier 1999.

L'assuré a été incapable de travailler à 100 % du 11 mars au 21 mai 1999, puis à 50 % jusqu'au 1er août 1999 des suites de l'opération d'une fistule anale; en raison d'une ostéonécrose des hanches, il a encouru une nouvelle incapacité de 50 % du 2 août au 22 septembre 1999, puis de 100 % à compter du 23 septembre suivant pour une durée indéterminée. L'intéressé est, depuis le 1er mars 2000, au bénéfice d'une demi-rente ordinaire simple de l'assurance-invalidité (AI) fondée sur un taux d'incapacité de 64 %. Compte tenu de la rente complémentaire pour épouse qui en constitue l'accessoire, cette prestation s'élevait, mensuellement, à 1'130 fr. jusqu'au 31 décembre 2000, puis à 1'157 francs depuis le 1er janvier 2001.

Par écriture du 30 mai 2001, l'assureur a fait part à l'assuré de ce que le droit aux prestations avait été épuisé à la date du 25 avril précédent; il se réclamait des conditions générales dans leur teneur applicable dès le 1er janvier 1997. L'assureur a établi un décompte de surassurance le 6 juin 2002. Au cours d'échanges de correspondances ultérieurs, il a maintenu que les CGA de 1997 devaient s'appliquer au cas, ce au détriment des conditions générales de 1999.

B. X, représenté par l'avocat Philippe Nordmann, a saisi le Tribunal des assurances le 2 octobre 2002, concluant, principalement, au versement par la Y de la somme de 41'432 fr. 10 plus intérêts à 5 pour-

cent l'an dès l'ouverture d'instance, subsidiairement au paiement de la somme de 25'689 fr. 60, avec intérêt au même taux dès le même jour.

Dans sa réponse, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Reconventionnellement, elle a en outre conclu au paiement, par le demandeur, de la somme de 1'616 fr. 50 plus intérêts à 5 % l'an "dès le dépôt de la demande reconventionnelle".

Dans sa réplique du 3 février 2003, le demandeur a maintenu ses conclusions, tout en concluant implicitement au rejet des conclusions reconventionnelles de la défenderesse. Celle-ci a également maintenu ses conclusions dans sa duplique du 5 mars 2003.

C. Le Juge instructeur a requis production du contrat collectif et des polices d'assurance successivement en vigueur.

E n d r o i t :

1.a) Dans un arrêt SP c. La Z 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; 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 11e Cour civile. (Réf. 5C.26/1999).

b) L'article 87 LCA confère au bénéficiaire de l'assurance, dès la survenance d'un sinistre, un droit propre contre l'assureur pour ce qui est des couvertures collectives contre les accidents ou la maladie. Le demandeur a dès lors la légitimation active, tout comme la défenderesse a la qualité pour défendre.

c) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]), s'agissant tant des conclusions actives que des conclusions reconventionnelles, celles-ci étant connexes à celles-là (cf. l'art. 36 al. 1er Lfors, a contrario). Selon les conclusions actives de la demande, la valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

2.a) A teneur de l'article 11 alinéa 1er, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. 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 collectif à l'origine des conclusions de la demande procède des conditions générales d'assurance de la défenderesse, auxquelles il se réfère expressément.

La première édition des dites CGA, entrée en vigueur le 1er janvier 1997, prévoit que l'indemnité journalière en cas de maladie est, en ce qui concerne la couverture dite "sans réserves" dont dispose le demandeur, allouée à la condition libellée comme il suit : "Une incapacité de gain consécutive à une maladie et attestée médicalement d'au moins 50 %". La durée des prestations était déterminée comme il suit : "Max 730 indemnités journalières dans une

période de 900 jours". Dans l'édition des CGA au 1er janvier 1999, la condition à l'octroi des prestations est libellée comme il suit : "Incapacité de travail médicalement attestée de 50 % au moins". La durée des prestations était énoncée comme il suit : "Taux garanti multiplié par les jours garantis pendant la durée contractuelle. En cas d'incapacité de travail partielle et/ou de diminution des prestations du fait de la coordination avec d'autres assureurs, la durée de la prestation n'est pas prolongée".

3. En l'espèce, la question déterminante pour l'issue du litige est de savoir si le demandeur a présenté un seul cas de maladie nonobstant deux affections (entraînant une incapacité de travail, totale ou partielle, ininterrompue) ou si, bien plutôt, il a connu deux périodes d'incapacité distinctes bien que continues.

Le risque couvert par l'assurance d'une indemnité journalière pour perte de gain en cas de maladie est l'incapacité de travail, respectivement de gain, et non la maladie en elle-même (Bucher, Assurance maladie privée, 2e éd., Zurich 1985, p. 92). Ainsi, un assuré malade qui conserverait toute sa capacité de travail, respectivement de gain, ne pourrait prétendre aux prestations. De même, et a contrario, il va sans dire qu'un assuré bénéficiant déjà de prestations ne pourrait prétendre à une augmentation de celles-ci du seul fait qu'il a contracté une nouvelle maladie qui demeure sans effet sur son aptitude (nulle ou même partielle) à exercer son activité lucrative.

Les parties s'accordent quant aux durées respectives des incapacités de travail occasionnées par chacune des deux affections, qui ont du reste été confirmées par l'employeur dans une lettre adressée à l'assureur le 29 mai 2001.

4. Les parties s'accordent aussi à soumettre le présent cas d'assurance aux CGA de 1997, puisque l'assureur et le preneur d'assurance étaient convenus de proroger ces conditions jusqu'au 31 décembre 1999. Cette prorogation peut déployer des effets postérieurs à cette date, en tout cas à défaut d'accord contraire, étant donné que les conditions générales du 1er janvier 1999 sont dépourvues de dispositions transitoires et que les sinistres

sont antérieurs au 1er janvier 2000

5.a) La limitation des prestations par cas d'incapacité, que celui-ci soit occasionné par une maladie ou par une pluralité d'affections, est courante dans les polices soumises à la LCA; elle implique de distinguer la rechute de la nouvelle maladie dans les dispositions contractuelles. Sa licéité ne fait aucun doute dans son principe (Bucher, op. cit., *ibid.*). La défenderesse soutient qu'une telle limitation découle en l'espèce des normes contractuelles topiques. Cela étant, se pose la question de l'interprétation de celles-ci.

b) Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. Ia; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 189; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. I b p. 158; TF, IIe Cour civile, D V c. H Assurances SA, du 9 février 2000, ad TAss VD du 30 août 1999, AMC 32/98 - 711999).

c) Les CGA dans leur teneur au 1er janvier 1997 se réfèrent expressément à "une incapacité de gain consécutive à une maladie". Or, la version des CGA en vigueur dès le 1er janvier 1999 se limite à exiger une "incapacité de travail médicalement attestée"; ce dernier libellé paraît autoriser une pluralité de maladies pendant la durée de la couverture. Aussi bien le demandeur se réfère-t-il par analogie aux nouvelles CGA pour interpréter les anciennes, excipant de leur pérennité. Il se prévaut aussi, également par analogie, de l'article G9 des CGA de 1997. Celui-ci prévoit que, "lors de la rechute d'une même maladie dans un délai de 12 mois, le délai d'attente n'est pas pris en compte".

Le dossier ne comporte aucune indication sur les motifs à l'origine de la modification des CGA. En outre, et surtout, l'interprétation systématique des CGA de 1997 que le demandeur appelle de ses vœux méconnaît les notes

marginales des normes contractuelles en question. En effet, la mention "Une incapacité de gain consécutive à une maladie et attestée médicalement d'au moins 50 %" figure au regard de l'intitulé "Condition", alors que le délai de 730 jours est mentionné en marge du titre "Durée". Or, le délai d'attente antérieur au versement des prestations constitue une simple modalité de la durée applicable au service des indemnités, qui ne figure du reste pas dans les CGA mais sur la police. L'article G9 définit donc une modalité du versement des prestations, et non une condition préalable à celui-ci. En d'autres termes, ce n'est qu'une fois le cas d'assurance reconnu que les règles spécifiques régissant le délai d'attente en cas de rechute doivent être appliquées.

Les principes d'interprétation résumés ci-dessus mènent à reconnaître que la référence à "une (souligné par le rédacteur) incapacité de gain consécutive à une maladie" signifie une seule incapacité ininterrompue de 730 jours au plus dans une période de 900 jours, qu'elle soit due à une atteinte unique ou à une pluralité d'affections, simultanées ou successives. L'interprétation du demandeur tombe donc à faux.

6.a) L'incapacité (totale) de travail a débuté le 11 mars 1999 et le demandeur n'a, depuis lors, plus recouvré une capacité de plus de 50 %. L'incapacité à un taux ouvrant droit aux prestations étant ininterrompue, le droit aux prestations l'est également; le délai de carence en vigueur au 1^{er} janvier 1999, soit 14 jours, est ainsi seul applicable. La durée totale des prestations étant de 730 jours pour une incapacité totale, le demandeur a, abstraction faite du délai d'attente, épuisé son droit le 10 mai 2001, après les périodes suivantes :

- 72 jours à 100 % (du 11 mars au 21 mai 1999);
- 72 jours à 50 % (du 22 mai au 1^{er} août 1999), qui équivalent à 36 jours à 100 %;
- 52 jours à 50 % (du 2 août au 22 septembre 1999), qui équivalent à 26 jours à 100 %;
- 596 jours à 100 % (depuis le 23 septembre 1999), soit 100 jours en 1999, 366 en 2000 et 130 en 2001, le 10 mai 2001 étant le 130^e jour de l'année.

Compte tenu des 14 jours de carence, le dernier jour du droit aux prestations a été le 25 avril 2001, comme le fait valoir la défenderesse.

Les conclusions de la demande doivent dès lors être rejetées pour ce qui est tant de la durée que de la quotité des prestations.

b) L'assureur a établi un décompte de surindemnisation en raison du versement conjoint d'une demi-rente AI avec ses propres prestations, ce à compter du 1^{er} mars 2000. A l'appui de ses conclusions principales, Le demandeur conteste qu'une telle rente puisse, par principe donner lieu à réduction pour cause de surindemnisation.

c) Une couverture d'indemnités journalières, en cas de maladie ou d'accident, est une assurance contre les dommages selon les articles 48 et suivants LCA, plus précisément une assurance de patrimoine. Elle est, partant, soumise au principe indemnitaire, soit à la prohibition du gain d'assurance codifié par l'article 72 LCA (ATF 104 II 44; cf. aussi, quant à la distinction d'avec une assurance de sommes, ATF 119 II 361). Cette disposition n'est pas d'ordre public (art. 97 al. 1^{er} LCA, a contrario). Elle ne s'appliquerait dès lors pas si les normes contractuelles topiques autorisent expressément le gain d'assurance (cf. Maurer, Privat-versicherungsrecht, 2^e éd., Berne 1986, p. 138). Dans cette mesure, le demandeur, en plaidant que le gain d'assurance est permis dès lors qu'il n'est pas expressément prohibé, paraît inverser la règle et l'exception.

d) Cette condition dérogatoire n'est pas réalisée en l'espèce. En effet, les CGA prévoient, dans leur teneur au 1^{er} janvier 1997 qui est seule applicable au présent cas, que "si une autre assurance sociale verse pendant la même période des prestations dépendant du revenu, nous les complétons jusqu'à hauteur du salaire servant de base au calcul de nos indemnités journalières". Le demandeur fait valoir qu'une rente AI ne dépend pas du revenu au sens de la disposition contractuelle précitée, dès lors que d'autres éléments que le gain de l'assuré entrent en compte dans son calcul. Ce moyen est infondé car contraire aux principes d'interprétation résumés au considérant 5b ci-dessus. Les CGA ne disposent pas que les prestations versées par une autre assurance sociale doivent dépendre uniquement du revenu de l'assuré; bien

plutôt, le lien entre prestation et revenu n'a d'autre finalité que d'exclure les prestations en nature du calcul de surindemnisation, tant il est vrai que toute prestation en espèces dépend du gain de l'assuré, même si cette dépendance n'est pas exclusive.

Il doit donc être déterminé s'il y a eu surindemnisation, laquelle constitue un enrichissement illégitime de l'assuré prohibé par le principe indemnitaire.

7. Il ne peut, comme déjà relevé, y avoir eu de surindemnisation avant le début du versement de la demi-rente AI, soit le 1^{er} mars 2000. Le montant mensuel de la rente pour chacune des années 2000 et 2001 n'est pas contesté. Il en va de même de la prise en compte de la rente complémentaire pour l'épouse, ce à juste titre. En effet, le droit des assurances sociales consacre la prise en compte de la rente complémentaire du conjoint de l'assuré pour le calcul d'une surindemnisation selon l'article 40 LAA, dès lors que la rente accessoire dépend du droit à la rente principale, donc de l'invalidité du bénéficiaire (RAMA 1992, U 139 p. 23, a contrario; voir aussi, dans le même sens, ATF 115 V 266, c. 2a; 115 V 275, c. 3a, qui prennent en compte les rentes complémentaires de l'AVS/AI dans le plafonnement des rentes LAA). Or, la raison d'être de la prohibition du gain d'assurance est identique en droit privé et en droit social. Le montant mensuel global des rentes doit donc être pris en compte, ce à hauteur de 1'130 fr. en 2000 et de 1'157 fr. en 2001, soit 37 fr. 15 et 38 fr. 04 par jour respectivement selon le décompte de la défenderesse.

Du 1^{er} mars 2000 au 25 avril 2001, soit durant 306 jours en 2000 et 115 jours en 2001, la défenderesse a versé au demandeur 56'767 fr. 50 d'indemnités journalières. Durant cette même période, l'assuré a perçu dix rentes mensuelles de 1'130 fr., ainsi que l'équivalent de trois rentes mensuelles plus 25/30^e de rente de 1'157 francs. Les rentes à prendre en compte s'élèvent ainsi à 11'300 fr. + 3'471 fr. + 964 fr. 15, soit à 15'735 francs 15. Il a donc perçu 72'502 fr. 65 au total.

Durant chacune des années 2000 et 2001, son revenu assuré était de 81'380 fr., soit 5'115 par mois. Sur cette base, la défenderesse retient un

gain journalier moyen de 168 fr. 15, soit 61'380 fr. / 365. Durant les treize mois et 25 jours ici en cause, le gain assuré était de 66'495 fr. + 4'262 fr. 50, soit 70'757 fr. 50. Le calcul journalier de la défenderesse méconnaît que le salaire est versé mensuellement, abstraction faite du nombre de jours du mois.

Le gain d'assurance s'élève ainsi à 72'502 fr. 65 - 70'757 fr. 50, soit à 1'745 fr. 15. Conformément au principe indemnitaire (cf. c. 6c ci-dessus), ce gain constitue un enrichissement illégitime au sens de l'article 62 CO. La défenderesse limite cependant ses conclusions reconventionnelles à 1'616 fr. 50 en capital. Il ne saurait être statué ultra petita. Il est constant qu'aucun versement n'a été effectué en main de la défenderesse par le débiteur de la rente d'invalidité, notamment au titre d'une cession consentie par le demandeur. Le montant réclamé doit donc lui être alloué.

8. La défenderesse a assorti ses conclusions en capital d'intérêts, réclamés, au taux annuel de 5 %, "dès le dépôt de la demande reconventionnelle". Ce procédé vaut interpellation selon l'article 102 alinéa 1er CO; il déploie ses effets dès sa réception par le débiteur (cf. Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2e éd., Berne 1997, pp. 685 s.).

Dans le cas particulier, la réponse a été transmise au conseil du demandeur le jeudi 16 janvier 2003 par le greffe de céans sous courrier "B". Elle est réputée avoir été reçue le lundi 20 janvier suivant. Le dies a quo de l'intérêt étant le lendemain de la notification du pli valant interpellation, les intérêts doivent courir, au taux annuel de 5 % (art. 104 al. 1er CO), dès le 22 janvier 2003.

9. Au vu de ce qui précède, les conclusions actives du demandeur doivent être rejetées. En revanche, les conclusions reconventionnelles de la défenderesse doivent être admises. Le demandeur est débiteur de la défenderesse de la somme de 1'616 fr. 50, avec intérêt à 5 % l'an dès le 22 janvier 2003.

10. La défenderesse a enfin conclu à l'octroi de dépens. Il est statué d'office sur leur sort (JdT 2001 III 2). Ils ne sauraient cependant lui être alloués,

faute pour elle d'avoir consulté un mandataire professionnel,

**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

I. Les conclusions actives du demandeur X sont rejetées.

II. Les conclusions reconventionnelles de la défenderesse Y Assurance sont admises.

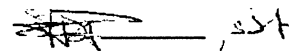
III. X est débiteur de Y Assurance de la somme de 1'616 fr. 50 (mille six cent seize francs et cinquante centimes), avec intérêt à 5 % l'an dès le 22 janvier 2003.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 30 SEP. 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).

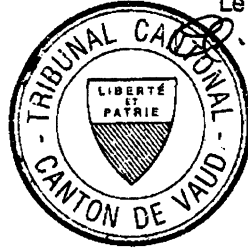
Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA)

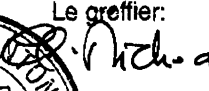
Le greffier

 , sdt

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier:





bc