



CANTON DE VAUD
TRIBUNAL CANTONAL

Palais de justice de l'Hermitage
Route du Signal 8
1014 Lausanne

AMC 2/03 – 20/2004

Tribunal des assurances

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme T H A L M A N N, juge

Membres : MM. Donzel et Ducommun, assesseurs

Greffier : M. Steinmann, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 5 mai 2004

dans la cause

X , demanderesse, représentée par l'avocat Philippe
Nordmann, à Lausanne,

contre

Y **COMPAGNIE D'ASSURANCES SA** (ci-après : Y), à Zürich,
défenderesse, représentée par l'avocat François Roux, à Lausanne

Art. 46 LCA

En fait :

A. X , domiciliée à Nyon, née en 1952, a travaillé au service d'A , à Crans-près-Céligny, du 1^{er} juin 1984 au 29 février 2000, en tant qu'employée de maison. En cette qualité, elle était assurée auprès de la compagnie d'assurances Y , pour des indemnités journalières en cas de perte de gain due à la maladie couvrant 80% de son salaire et versées dès le 15^{ème} jour à compter du début de l'incapacité de travail attestée médicalement et ce, pendant 716 jours.

En date du 5 juillet 1999, le médecin traitant de l'assurée, la Dresse C , médecine générale FMH, à Nyon, a établi un certificat médical attestant la présence chez la demanderesse d'une incapacité de travail de 100% depuis le 17 mai 1999 et ce, pour une durée indéterminée, en raison de lombalgies avec raideur et de sciatalgies droites.

A partir du 31 mai 1999, Y a versé des prestations à X.

Sur requête de la défenderesse, le Dr J , spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève, a établi un rapport d'expertise daté du 22 novembre 1999, dont il ressort en bref les éléments suivants :

- on n'observe, en dépit des manifestations de la patiente, aucun signe clinique important, hormis un syndrome vertébral lombaire discret ne se manifestant que par une cassure lombo-sacrée aux flexions latérales et une palpation douloureuse de la musculature paravertébrale lombaire droite;
- seule la peur d'une récurrence constitue un obstacle prépondérant au succès de la reprise de l'activité professionnelle;
- la capacité de gain est de 100%.

Par courrier du 30 novembre 1999, Y a informé X qu'elle mettait fin aux versements des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 1999, dès lors que, selon le rapport d'expertise du Dr J, les symptômes présents ne justifiaient plus une incapacité de travail.

Le Dr D, spécialiste FMH en rhumatologie auprès de la Clinique de Genolier, a établi un rapport, daté du 23 décembre 1999, dans lequel il considère qu'il ne peut adhérer aux conclusions du rapport d'expertise du Dr J du 22 novembre 1999. Le Dr D estime en effet que l'assurée présente toujours une incapacité de travail en raison de douleurs lombaires et d'irradiations dans la jambe droite et qu'il conviendrait de procéder à des investigations complémentaires.

Par courrier du 8 juin 2000, le Dr D a confirmé son rapport du 23 décembre 1999, en précisant que l'assurée était en incapacité de travail du 8 décembre au 8 janvier 2000, dates auxquelles il avait vu la demanderesse.

Par courrier du 19 septembre 2000, la Dresse C a certifié que la demanderesse présentait une incapacité de travail de 100% du 1^{er} novembre 1999 au 14 février 2000. Ce praticien a en outre indiqué que l'assurée avait repris une activité professionnelle à 50% à compter de cette date et qu'elle n'était plus venue en consultation depuis lors.

Par lettre du 30 janvier 2001, Y a, par gain de paix, offert de verser une somme forfaitaire de 5'000 fr. à la demanderesse.

Avant de se prononcer sur cette offre, X a, par courrier du 20 mars 2001, demandé qu'une évaluation de son état de santé soit effectuée par le Dr F, médecin adjoint au CHUV, dès lors que les différents rapports médicaux figurant au dossier et se prononçant sur sa capacité de travail étaient contradictoires.

Par lettre du 9 avril 2001, la défenderesse a refusé de mettre en œuvre un nouveau contrôle médical et s'en est tenue à son offre faite le 30 janvier 2001.

Dans un rapport daté du 3 octobre 2001, le Dr D a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail de longue durée de 50% depuis le 14 février 2000, en raison de lombalgies chroniques, dans un contexte d'hypermobilité articulaire et de déconditionnement physique, ainsi que de troubles somatoformes douloureux.

Par courrier du 30 octobre 2001, la défenderesse a accepté de proroger le délai de prescription jusqu'au 31 décembre 2002, sous réserve que celle-ci ne soit déjà acquise.

B. Par demande du 23 janvier 2003, X, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Philippe Nordmann, a ouvert action auprès du Tribunal des assurances, en concluant, avec dépens, à ce qu'Y lui verse la somme de 46'156 fr. 50 correspondant aux limites de son droit à des indemnités journalières, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} novembre 1999.

Dans sa réponse du 26 mai 2003, Y a soulevé l'exception de la prescription et conclut sur le fond au rejet de la demande. S'agissant de la prescription, la défenderesse présente en substance l'argumentation suivante:

- le droit aux prestations de la demanderesse a débuté le 17 mai 1999;
- les droits des assurés se prescrivent en cette matière par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation en vertu de l'article 46 LCA;
- les prétentions de la demanderesse à l'encontre de la défenderesse se prescrivaient ainsi dès le 18 mai 2001;

- du 17 mai 1999 au 18 mai 2001, aucun acte interruptif de prescription n'est intervenu de la part de la demanderesse et/ou de la part de son conseil;
- il convient dès lors de soulever expressément l'exception de la prescription.

Dans sa réplique du 1^{er} septembre 2003, X a demandé à l'autorité de céans de statuer à titre préjudiciel sur la question de la prescription. La défenderesse ne s'y est pas opposée.

Par décision du 8 décembre 2003, le juge instructeur a admis la requête des parties tendant à ce qu'un jugement préjudiciel se prononçant sur la prescription soit rendu.

En date du 12 janvier 2004, X a rendu un mémoire sur la question de la prescription dont il ressort notamment les arguments suivants:

- pour obtenir en justice des prestations de l'assureur, l'assuré doit effectivement établir une incapacité de travail attestée médicalement;
- or, la défenderesse contestait toute incapacité de travail et estimait n'avoir pas à fournir de prestations faute, notamment, d'attestation médicale d'une telle incapacité;
- si l'assureur refuse ses prestations au motif qu'à son avis l'incapacité de travail n'est pas attestée médicalement, il ne peut pas simultanément prétendre que l'assuré dispose des éléments nécessaires, en particulier les certificats médicaux, pour ouvrir action contre lui. S'il agissait d'une manière aussi contradictoire, il invoquerait abusivement la prescription, au sens de l'article 2 alinéa 2 du Code civil suisse (ci-après : CC);

- le délai de prescription ne commence à courir, au plus tôt, que lorsque l'assuré obtient pour la première fois le certificat médical manquant, c'est-à-dire, lorsqu'il parvient à réunir les trois éléments exigés par l'assureur, soit maladie ou affection, entraînant une incapacité de travail, attestée médicalement par des certificats médicaux;
- dans le cas présent, c'est au plus tôt au printemps 2001, après que les investigations complémentaires nécessaires et demandées par les médecins notamment à fin 1999 eurent été effectuées, que la demanderesse a disposé des éléments nécessaires pour agir en justice;
- l'action a été ouverte le 13 janvier 2003, soit moins de 2 ans après ces certificats médicaux. Elle n'est donc pas prescrite.

En droit :

1. a) Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; FAO 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, *Assurances-*

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 compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S c. K Assurances, du 24 juin 1998, no 257/1998, publié in JT 1999 III 106 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 1^{re} Cour civile.

b) La demande est dès lors recevable.

2. La seule question à examiner est celle de la prescription de la créance faisant l'objet de la demande du 23 janvier 2003.

3. a) A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Assurances-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. p. 671).

Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2^e éd., Zurich 1985, p. 79).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1^{er} LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

b) Selon l'article 23 a) des conditions générales pour l'assurance maladie collective d'Y , la défenderesse paie l'indemnité journalière convenue pendant la durée de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police.

c) La question de la prescription est expressément réglée à l'article 46 LCA qui prévoit que les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de départ du délai de prescription est le moment où sont établis les éléments de fait qui fondent l'obligation. L'obligation de l'assureur de fournir des prestations est donc déclenchée par l'incapacité de travail due à la maladie, constatée par un médecin, d'une part, et par l'expiration du délai d'attente convenu, d'autre part. Lorsque ces deux éléments de fait sont établis, l'obligation de base de fournir des prestations de la compagnie d'assurance prend naissance et le délai de prescription commence à courir pour toutes les indemnités journalières exigibles pendant la durée de l'incapacité de travail médicalement constatée, puisque le sinistre ne prend fin que lorsque la personne assurée recouvre sa capacité de gain. A moins que le contraire ne résulte clairement du contrat, le versement d'indemnités journalières doit en principe être considéré comme une prestation globale unique, qui se prescrit dans son ensemble (ATF 127 III 268, JDT 2002 I 179).

L'exception tirée de la prescription n'est recevable que si son cours n'a pas été valablement interrompu (ATF 60 II 445, JdT 1935 I 208; Carré, LCA annotée, p. 326). Faute de dispositions particulières de la LCA en la matière, la prescription des droits découlant du contrat d'assurance s'interrompt conformément aux règles générales du droit des obligations.

Selon l'article 135 du Code des obligations suisse (ci-après : CO), la prescription est interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette, notamment en payant des intérêts ou des acomptes, en constituant un gage ou en fournissant une caution (al. 1). Lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou par une citation en conciliation (al. 2).

4. En l'espèce, il est établi que l'incapacité de travail de la demanderesse a été constatée le 5 juillet 1999 par la Dresse C, laquelle a établi un certificat médical dont il ressort que l'assurée était totalement incapable de travailler dès le 17 mai 1999. Dès lors, conformément à la jurisprudence précitée et compte tenu du délai d'attente de 15 jours prévu dans la police, l'obligation de base de l'assurance, savoir le point de départ du délai de prescription est intervenu le 1^{er} juin 1999. Ce délai venait à échéance deux ans plus tard, soit le 1^{er} juin 2001 pour toutes les indemnités journalières dues en raison de la même maladie.

Le fait que la défenderesse ait par la suite contesté l'incapacité de travail ne change rien au point de départ du délai de prescription. En effet, l'on ne saurait considérer qu'un nouveau délai recommence à courir à chaque nouveau certificat médical. De même, le fait qu'il y ait eu des avis divergents sur la capacité de travail de l'assurée ne constitue pas un élément propre à interrompre la prescription au sens de l'article 135 CO. Sur ce point, il convient de préciser que le fait que la défenderesse, malgré son refus réitéré de continuer à verser des prestations, ait par gain de paix proposé le versement de la somme de 5'000 fr., ne constitue pas une reconnaissance

de dette et n'a donc pas interrompu la prescription (cf ATFA du 17 juin 2002 5C.41/2002/dxc).

En conséquence, le délai de deux ans fixé par l'article 46 alinéa 1^{er} LCA a couru, sans interruption, du 1^{er} juin 1999 au 1^{er} juin 2001 et la créance, faisant l'objet de la demande du 23 janvier 2003, est ainsi prescrite.

5. a) La demanderesse considère encore que, dès lors que la défenderesse n'a cessé de demander des preuves supplémentaires de son incapacité de travail, elle ne pouvait se prévaloir de la prescription au moment où ces preuves avaient enfin été obtenues sans commettre un abus de droit au sens de l'article 2 alinéa 2 CC.

b) Selon la jurisprudence, il y a abus de droit, au sens de l'article 2 alinéa 2 CC, à se prévaloir de la prescription lorsque le débiteur amène astucieusement le créancier à ne pas agir en temps utile ou lorsque, sans dol, il a un comportement qui incite le créancier à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pendant le délai de prescription et que, selon une appréciation raisonnable, fondée sur des critères objectifs, le retard apparaît compréhensible (ATF 113 II 264 consid. 2^e p. 269; 108 II 278 consid. 5b p. 287; 89 II 256 consid. 4 p. 262). Comme le recours à l'article 2 alinéa 2 CC est un moyen exceptionnel, l'abus de droit permettant de faire obstacle à la survenance de la prescription ne doit être reconnu que dans des situations claires, ne laissant planer aucun doute (cf. ATF 69 II 102 consid. 4 p. 105 s.; Brehm, Commentaire bernois, vol. VI/1, 2^e éd. Berne 1998, n. 103 ad art. 60 CO). Ainsi, le créancier doit pouvoir inférer avec certitude du comportement du débiteur durant le délai de prescription que celui-ci renoncera à l'exception de prescription (Egger, Commentaire zürichoïse, vol. I, Zürich 1930, n. 36 ad art. 2 CC; ATFA du 23 octobre 2003 5C. 61/2003).

c) En l'espèce, les conditions posées par la jurisprudence, permettant de retenir un abus de droit susceptible de faire obstacle à la survenance de la prescription, ne sont pas réunies. En effet, le fait pour un

assureur de contester une incapacité de travail ne saurait être considéré comme une manœuvre astucieuse. Cela étant, il appartenait à la demanderesse d'entreprendre toutes démarches juridiques utiles au sens de l'article 135 CO afin d'interrompre le délai de prescription, ce qu'elle n'a pas fait à temps.

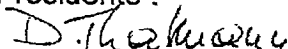
6. En définitive, la créance invoquée était prescrite au moment de l'ouverture de l'action le 23 janvier 2003. Il s'ensuit que les conclusions de la demande sont mal fondées et doivent être rejetées, sans qu'il se justifie d'examiner plus avant les conditions nécessaires à l'admission de la prétention de la demanderesse.

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

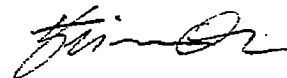
I. L'exception de prescription est admise.

II. Les conclusions de la demande déposée le 23 janvier 2003 par la demanderesse X contre la défenderesse Y Compagnie d'assurances S.A. sont rejetées.

La Présidente :



Le greffier :



Du 22 NOV. 2004

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).

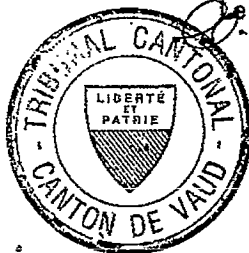
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier:



[Handwritten signature]