



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R, juge
Membres : Mme Thalmann et M. Dind, juges
Greffier : Mme Pai, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 25 juin 2004

dans la cause

X , demanderesse, représentée par l'avocat Alexandre
Curchod, à Lausanne,

contre

Y **COMPAGNIE D'ASSURANCES** (ci-après : Y
Assurances), à Lausanne, défenderesse.

Art. 11 al. 1^{er}, 33, 38 al. 1^{er}, 45, 87, 98 al. 1^{er} LCA

E n f a i t :

A. X , née en 1946, a travaillé comme interprète auprès de l'association A depuis 1993. A ce titre, elle était assurée à la Y Assurances, et ce au bénéfice de deux couvertures distinctes, savoir l'assurance légale contre les accidents selon la LAA, d'une part, et un contrat collectif, souscrit par l'employeur au bénéfice de l'ensemble de son personnel, garantissant le versement d'une indemnité journalière de 80 % du salaire assuré dès le quinzième jour d'incapacité de travail en cas de maladie, pour une durée de cent douze jours, d'autre part. Le contrat collectif était soumis aux conditions générales d'assurance de 1996 applicables à l'assurance-maladie collective pour perte de salaire, ainsi qu'à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Il a été résilié par le preneur d'assurance pour le 31 décembre 2001, la couverture du risque étant reprise par la caisse-maladie Z dès le 1^{er} janvier 2002.

Le 28 janvier 1999, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation, qui a engendré une incapacité de travail de 100 % du 28 janvier au 2 mars 1999, de 50 % du 3 mars au 11 avril 1999, de 20 % dès le 12 avril 1999 et de 40 % dès le 17 janvier 2000. L'assureur a pris le cas en charge selon la LAA par le versement d'indemnités journalières pour 1999 et 2000. Il ressort de la transaction homologuée sous forme de décision, rendue le 29 mars 2001 et entrée en force, que :

- La Y Assurances règle un complément d'indemnités journalières de 20 % du 12 avril 1999 au 16 janvier 2000 et de 40 % du 17 janvier au 31 décembre 2000.
- Elle verse également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.
- Les frais de traitement sont réglés par la Y Assurances jusqu'au 31 décembre 2000, il appartiendra à la caisse-maladie O d'intervenir pour toute suite de traitement.
- Aucune rente d'invalidité n'est due à l'assurée dès le 1^{er} janvier 2001, dès lors qu'il n'y a pas de diminution notable de la capacité de gain ou de travail.

Le 21 décembre 2001, l'assurée a, par son employeur, annoncé à la Y Assurances une incapacité de travail pour cause de maladie, en se

référant à un certificat du Professeur R du 27 septembre 2001, aux termes duquel l'intéressée est à *"l'arrêt de travail à 40 % depuis le 1^{er} janvier 2001 et pour une durée indéterminée pour lésions thoraciques multiples avec douleurs neuropathiques chroniques"*.

L'assureur a refusé toute prestation, excipant de la tardiveté de l'annonce.

B. X, représentée par l'avocat Alexandre Curchod, a saisi le Tribunal des assurances par demande du 20 décembre 2002, concluant au versement, par la Y Assurances, d'indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 40 % du 1^{er} janvier au 31 décembre 2001.

Dans sa réponse du 17 février 2003, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande, au motif que l'annonce du sinistre était tardive.

Les parties ont maintenu leurs conclusions de principe respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur et d'une débattue complémentaire requise par la défenderesse.

C. Le contrat collectif et les conditions d'assurance y applicables ont été produits au cours de la procédure.

E n d r o i t :

1. 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, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (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 et suivants 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^{er} LAMal (JT 1999 III 106, c. 4 et 5, confirmé par la Chambre des recours, arrêt S c. B , du 2 février 2000, jugement n° 31/2000; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, JdT 2000 III 79; 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).

2. Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 DJ]). Bien que les conclusions de la demande ne soient pas chiffrées, la valeur litigieuse doit être tenue pour supérieure à 8'000 fr., sachant que la demanderesse excipe d'une diminution de ses revenus de 71'684 fr. 50 à 51'134 fr. 50 en 2001 et que le taux de couverture est de 80 % du salaire dès le quinzième jour d'incapacité.

3. La demanderesse requiert la tenue d'une audience afin de faire entendre des témoins quant à la manière dont son dossier a été traité par la défenderesse, ainsi que le Professeur R , du Centre anti-douleur de la Clinique de Montchoisi. L'audition de ces témoins ne pourrait toutefois qu'être contraire au principe d'économie et de célérité de la procédure consacré par l'article 47 alinéa 2 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA), applicable au présent litige vu la qualification de la couverture en cause d'assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal.

Au demeurant, la pratique ancienne et constante du Tribunal des assurances consiste à se fonder sur les rapports écrits des médecins plutôt que d'entendre ceux-ci comme témoins; or, le praticien dont l'audition est requise a établi de nombreux avis pour décrire le status de sa patiente et la demanderesse n'a pas requis de rapport complémentaire. L'objet du litige est ainsi de nature à être tranché sur pièces exclusivement. Tout autre type de

mesure d'instruction ne pourrait que contrevenir à l'économie et à la célérité de la procédure. Il y a donc lieu de statuer en l'état.

4. 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. La demanderesse a par conséquent la qualité pour agir tout comme la défenderesse a la légitimation passive.

5. a) A teneur de l'article 11, alinéa 1^{er}, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et 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.

L'article 38 alinéa 1^{er} LCA prévoit qu'en cas de sinistre, l'ayant droit doit, aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et du droit qui découle en sa faveur de l'assurance, en donner avis à l'assureur. Le contrat peut prévoir que cet avis sera donné par écrit. Cette norme est de droit dispositif (art. 97 al. 1^{er} et 98 al. 1^{er} LCA, a contrario). Une aggravation au détriment de l'ayant droit est donc licite; les conditions d'assurance peuvent fixer un délai, sous peine de déchéance des droits de l'assuré (Viret, Droit des assurances privées, Zurich 1983, p. 117). Les effets d'une violation de ses obligations par le preneur d'assurance ou l'ayant droit sont régis par l'article 45 LCA.

b) Le contrat d'assurance collectif à l'origine des conclusions de la demande procède des conditions d'assurance de la défenderesse applicables à l'assurance-maladie collective pour perte de salaire, auxquelles il se réfère expressément. Ces conditions, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1996, comportent des clauses générales, au nombre desquelles figure l'article 22, qui prévoit, à son alinéa 1^{er}, un délai de déchéance de trente jours pour l'annonce d'un sinistre, "*lorsqu'une incapacité de travail donne droit aux prestations*".

6. En l'espèce, la question préalable déterminante pour l'issue du litige est celle de savoir si l'incapacité de travail de la demanderesse, annoncée le 21 décembre 2001, a été portée en temps utile à la connaissance de l'assureur.

La défenderesse excipe de la disposition contractuelle précitée pour refuser toute prestation à raison de l'incapacité de travail alléguée par la demanderesse. Elle considère, en effet, que cette incapacité a fait l'objet d'une annonce tardive.

La demanderesse relève cependant que le Professeur R a envoyé un rapport médical, ainsi que deux courriers, à la Y Assurances en date du 1^{er} décembre 2000, par lesquels il fait état d'une évolution vers un état relevant de la maladie. Le Dr M , psychiatre mandaté par la défenderesse, a lui-même écrit dans son rapport d'expertise du 12 décembre 2000 que le statu quo ante peut être considéré comme actuellement atteint et que la prise en charge actuelle relève de la caisse-maladie. Enfin, le Dr P mentionne, dans son courrier du 5 février 2001 au médecin-conseil de la Y , des éléments relevant typiquement de la maladie, tels qu'un syndrome douloureux important.

Au vu de ces éléments, on ne peut raisonnablement considérer que la cas ait été annoncé tardivement. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond.

7. Les indemnités journalières sont réclamées, pour toute l'année 2001, à un taux de 40 %, l'assurée ne travaillant plus qu'à 60 % depuis l'accident du 28 janvier 1999. Il est constant que la demanderesse avait la qualité d'assurée auprès de la défenderesse durant l'année en cause, le contrat ayant été résilié pour le 31 décembre 2001.

S'agissant du taux des indemnités journalières, le Dr P , spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a relevé, dans son expertise du 13 juillet 2000, qu'à son avis, il n'y a pas de facteur étranger à l'accident qui influence la guérison étant donné que, à son avis du moins, le syndrome de stress post-traumatique doit être considéré comme une

conséquence immédiate de l'accident. Le Dr P a précisé, dans son rapport du 5 février 2001, qu'il subsiste un syndrome douloureux important de l'hémithorax droit, qui est en relation chronologique adéquate avec l'accident du 28 janvier 1999. Il estime que les éléments purement traumatiques/somatiques n'entraînent objectivement pas de diminution significative de la capacité de travail et que seule la problématique psychiatrique pourrait être susceptible de gêner l'assurée dans l'exercice de son activité d'interprète. Il suggère de confier l'assurée à un expert psychiatre. Ce rapport établit donc la réalité du syndrome douloureux, dont l'origine est une lésion des nerfs intercostaux, déjà mentionnée par le Dr R dans son rapport du 29 septembre 2000.

Sur le plan psychique, le Dr M, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a affirmé dans son rapport d'expertise du 12 décembre 2000, que l'état de stress post-traumatique de l'assurée est en voie de rémission et que ce trouble psychique n'entraîne pas d'incapacité de travail, le pronostic étant par ailleurs bon, même si l'assurée souhaite une reconnaissance de la gravité de son accident.

Le Juge instructeur a interpellé le Dr P en date du 11 mai 2004, lequel a confirmé, le 20 mai suivant, que les douleurs présentées par l'assurée résultent de l'accident uniquement, à l'exclusion de toute autre cause. Il existe certes un syndrome douloureux, mais il se rattache à l'accident du 28 janvier 1999, étant du reste localisé dans la partie du corps ayant subi le choc (thorax).

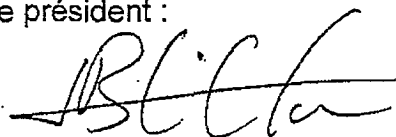
Or, s'agissant d'une atteinte purement *accidentelle*, elle se situe hors de l'objet du litige, qui porte sur les conséquences économiques d'une *maladie*. Sur le plan de l'assurance-accidents, le cas a été réglé par la transaction passée entre la demanderesse et la défenderesse, homologuée dans la décision du 29 mars 2001 entrée en force. Il serait dès lors contraire au principe de la sécurité de droit de remettre en cause cette décision. Au surplus, les douleurs dues à l'accident et les troubles psychiques qui s'ensuivent n'induisent, à dire d'expert, aucune incapacité de travail.

8. Au vu de ce qui précède, aucune incapacité de travail pour cause de maladie n'ayant été établie, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

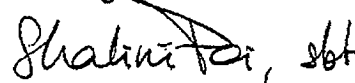
**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

Les conclusions de la demande sont rejetées.

Le président :



La greffière :



Du - 7 OCT. 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).

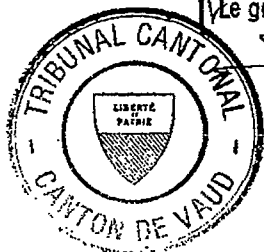
Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

La greffière :

Shalini Rai, sbt

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :



ns