



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. D I N D, juge

Membres : M. Baud, juge, et Mme de Haller, assesseur

Greffier : M. Pagan, greffier-substitut

Jugement du 20 décembre 2005

dans la cause

X , représenté par Me François Roux, avocat à
Lausanne, demandeur,

contre

Y **Assurances SA** (ci-après : Y ou la caisse), à Lausanne,
défenderesse.

Art. 12 LAMal et 33, 38 et 45 LCA

En fait :

A. X , né en 1947, a conclu notamment auprès de Y deux assurances d'indemnités journalières pour incapacité de travail (couverture J , police d'assurance n° 000). La première de ces deux assurances prévoyait une indemnité journalière de 35 fr. différée de 91 jours, la seconde une indemnité journalière de 35 fr. différée de 121 jours.

La caisse a versé de telles indemnités du 25 avril 2000 au 30 novembre 2001, pour une incapacité de travail de 75%. Cette prise en charge était fondée sur les certificats médicaux établis par le Dr R , FMH en médecine générale à Attalens (FR), le 6 avril 2000 ainsi que les 8 mai, 7 juin, 2 octobre et 2 novembre 2001.

Par lettre du 9 octobre 2002, Y s'est adressée en ces termes à l'assuré :

"Nous nous référons à l'entretien téléphonique du 7 crt que vous avez eu avec notre collaboratrice susnommée concernant votre incapacité de travail.

A ce sujet, nous vous informons qu'à ce jour nous n'avons aucun certificat médical dans nos dossiers et que le dernier versement des prestations d'indemnités journalières a été effectué à fin novembre 2001.

Nous vous prions de prendre note qu'aucune indemnité journalière ne vous sera octroyée en l'absence d'un certificat médical attestant votre incapacité.

L'article 1 chiffre 2 de nos conditions spéciales de l'assurance JOB et de l'incapacité de travail auquel vous êtes soumis stipule **"est réputée incapacité de travail toute impossibilité médicalement constatée d'exercer, pour l'assuré, une activité lucrative"**.

Dès lors, nous vous saurions gré de nous adresser un certificat médical attestant votre incapacité de travail. Dès réception dudit certificat, nous interviendrons dans le versement des prestations pour autant que l'incapacité soit justifiée.

(...)"

En réponse à ce courrier, X a, par lettre du 11 juin 2003, demandé le versement des prestations "maladie perte de gain"

auxquelles il avait encore droit, faisant parvenir à la caisse un certificat médical établi le 30 avril 2003 par le Dr R. , attestant qu'il "[était] en traitement pour maladie" et qu'il avait été en incapacité de travail de 75% du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002 inclus.

A cette lettre était annexée une copie d'un certificat médical – déjà envoyé à la caisse – établi le 5 juin 2003 par le Dr D. , médecin associé, en médecine interne, auprès de la Consultation d'alcoologie du Département universitaire de médecine et santé communautaire (DUMSC), à Lausanne, dont la teneur est la suivante :

"Le médecin soussigné certifie que Monsieur X. , né le 16.09.1947, est suivi régulièrement par le Centre de traitement en alcoologie depuis le 6 mai 2002. Son état de santé justifie d'une incapacité de travail à 100% à partir de cette date et pour une durée indéterminée. Une demande d'AI est en cours. La venue tardive de cette demande provient du fait que l'état de santé de M. Boussekine ne lui a pas permis d'entreprendre ces démarches au cours de ces deux dernières années."

Par courrier du 28 juillet 2003, Y. a constaté que l'assuré était débiteur de primes LCA en souffrance, dont le recouvrement n'avait pas été possible, et l'a informé que, vu sa demeure, elle avait suspendu sa couverture d'assurance, comme le permettaient la LCA et ses conditions d'assurances.

Par lettre du 23 septembre 2003, la caisse a communiqué à l'intéressé que l'avis de la survenance de la maladie ou de l'accident n'avait pas été donné dans le délai de 7 jours prévu par l'article 16 chiffres 1^{er} et 2 des conditions générales des assurances complémentaires, que l'avis donné, sans raison valable, après ce délai, est réputé tardif et que les prestations ne sont pas dues pour les jours qui précèdent l'avis tardif, de sorte qu'étant dans l'impossibilité de contrôler son arrêt de travail, elle ne pouvait pas intervenir dans le règlement des indemnités journalières.

Par courrier de son conseil du 8 décembre 2003, X. a fait part à l'assureur de son désaccord quant à sa prise de position du 23 septembre 2003 et lui a demandé de réexaminer sa position. Dans sa réponse du 10 mars 2004, la caisse lui a confirmé qu'elle ne pouvait plus intervenir dans le versement des indemnités journalières dès le 1^{er}

décembre 2001 et l'a informé qu'en raison d'un contentieux important avec elle, il avait été radié au 30 septembre 2003. Par lettre du 10 mai 2004, X

a maintenu sa prétention de prise en charge des indemnités journalières pour la période du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002, ce à quoi Supra s'est à nouveau opposée le 2 juin 2004. En réponse à un nouveau courrier de l'assuré du 3 juin 2004, la caisse a confirmé sa position en date du 7 septembre 2004, ajoutant que son refus de prise en charge était également fondé sur l'absence de couverture de l'intéressé ensuite de la suspension de l'assurance LCA entrée en vigueur le 9 novembre 2001, conformément à l'article 13 des conditions générales des assurances complémentaires. L'assuré, le 13 septembre 2004, et l'assureur, le 6 octobre 2004, ont chacun maintenu leurs positions respectives.

B. Par demande déposée le 14 décembre 2004, X a conclu au paiement, par Y, de 11'130 fr., représentant les indemnités journalières du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002, avec intérêt à 5% l'an dès le 15 mars 2002 (échéance moyenne).

Dans sa réponse du 2 mars 2005, Y a conclu au rejet de la demande.

Par lettre du 12 avril 2005, le demandeur a renoncé à fournir des explications complémentaires, mais a requis l'audition à titre de témoins des Drs R et D, requête à laquelle la défenderesse s'est opposée en date du 11 mai 2005.

A la demande du Juge instructeur, le Dr R a, par lettre du 20 septembre 2005, indiqué qu'il avait suivi X du 11 janvier 1988 au 14 novembre 2002, que ses attestations d'incapacité de travail ont été périodiquement renouvelées, notamment le 15 mars 2002 pour une durée allant jusqu'au 30 juin 2002, et que, comme son patient avait été adressé au Dr D au mois de mai 2002, il n'avait par la suite plus établi de certificats d'incapacité de travail, sauf en date du 30 avril 2003, à la demande de l'intéressé, pour son assurance.

Le demandeur s'est déterminé sur ce courrier le 14 octobre 2005, la défenderesse le 8 novembre 2005.

En droit :

1. a) Dans un arrêt P contre L Assurances, du 24 juin 1998 (JT 1999 III 106), 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, 1^{ère} 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 et suivants LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; il importe peu 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 consid. 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, in JT 2000 III 79 ss, et les références citées; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, dans : Colloques et journées d'étude 1999-2001, éditions IRAL, Lausanne 2002, pp. 757 ss, spéc. 763 ss). Un recours en réforme interjeté par L Assurances contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile (réf. 5C.26/1999).

b) Le présent litige relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 ([RSV 2.2 D]; JT 1999 III 106 consid. 4 et 5). La valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

c) Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, au droit privé, soit à la LCA.

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; ATF 123 V 324 consid. 3a, RAMA 1998 KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198).

d) La demande est, partant, recevable (cf. TAss VD, M. D. C. S. c. Swica, jugement du 28 novembre 2003, AMC 16/01 – 11/2004, consid. 1).

2. Aux termes de 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.

Il n'est en l'espèce pas contesté que l'assuré a été en incapacité de travail à 75% durant la période litigieuse, soit du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002 inclus. Le refus de la défenderesse de verser les prestations réclamées ne se fonde pas sur l'affection dont souffre le demandeur, mais sur la violation des conditions d'assurance.

3. a) La caisse soutient en premier lieu que l'avis d'incapacité a été donné tardivement, au sens de l'article 4 chiffre 1^{er} des conditions spéciales de l'assurance complémentaire J pour incapacité de travail (ci-après : les conditions spéciales d'assurance), et que le demandeur n'établit pas avoir été suivi par son médecin traitant, au sens de l'article 4 chiffre 2 des conditions spéciales d'assurance.

b) D'après l'article 38 LCA (déclarations obligatoires en cas de sinistre), 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 (al. 1^{er}); si, par faute, l'ayant droit contrevient à cette obligation, l'assureur a le droit de

réduire l'indemnité à la somme qu'elle comporterait si la déclaration avait été faite à temps (al. 2); l'assureur n'est pas lié par le contrat, si l'ayant droit a omis de faire immédiatement sa déclaration dans l'intention d'empêcher l'assureur de constater en temps utile les circonstances du sinistre (al. 3).

Selon l'article 4 chiffre 1^{er} des conditions spéciales d'assurance, l'assuré ne peut bénéficier des prestations qu'à condition de faire certifier par un médecin ou chiropraticien le degré de son incapacité de travail et d'en informer la caisse dans les 7 jours qui suivent le début de cette incapacité; si ce délai n'est pas respecté, les prestations ne sont pas dues pour les jours qui précèdent l'annonce à la caisse.

Cette clause contractuelle ne viole pas l'article 38 LCA, qui appartient aux règles de droit dispositif (art. 97 et 98 LCA a contrario) et auquel il peut ainsi être dérogé par voie contractuelle (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, avec annotations, Lausanne 2000, ad art. 38 LCA, pp. 274 s. et les références citées; ATF 115 II 88 consid. 3). Cela étant, les clauses de déchéance prévues contractuellement ne doivent pas être interprétées à la lettre, mais au contraire d'après leur but et selon les règles de la bonne foi en affaires; en cas de doute, elles s'interprètent au détriment de l'assureur (Carré, op. cit., ad art. 38 LCA, p. 274 et les références citées).

c) Se référant au versement d'indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2001, la caisse a demandé, par lettre du 9 octobre 2002, un certificat médical attestant l'incapacité de travail, ajoutant que dès réception dudit certificat, elle interviendrait en versant les prestations pour autant que l'incapacité soit justifiée, sans préciser si c'était pour le rétroactif ou seulement après la date de ladite lettre.

Il s'agit là d'une entrée en matière de Y quant à la continuation des versements d'indemnités journalières, conditionnée seulement à la présentation d'un certificat médical attestant d'une incapacité de travail. A tout le moins, cette lettre pouvait être comprise ainsi, en l'absence de mention d'autres conditions, conformément au principe de la bonne foi (art. 2 et 3 CC), selon lequel celui qui fait une déclaration de volonté adressée à autrui est lié

n'est pas encourue s'il résulte des circonstances que la faute n'est pas imputable au preneur ou à l'ayant droit (al. 1^{er}); lorsque le contrat ou la loi fait dépendre de l'observation d'un délai un droit qui découle de l'assurance, le preneur ou l'ayant droit qui est en demeure sans faute de sa part peut, aussitôt l'empêchement disparu, accomplir l'acte retardé (al. 3).

La maladie de l'assuré et l'impossibilité de se procurer les pièces justificatives peuvent constituer des circonstances excluant la faute au sens de l'alinéa 3 de cette disposition (Carré, op. cit., ad art. 45 LCA, p. 316; ATF 84 II 556 consid. 9, JT 1959 I 272 [trad.]).

Au vu de ce qui précède, c'est sans faute que le demandeur n'a pas renouvelé avant le 11 juin 2003 les attestations d'incapacité de travail, de sorte qu'un dépassement du délai de 7 jours ne saurait lui être reproché.

e) En vertu de l'article 4 chiffre 2 des conditions spéciales d'assurance, le droit aux prestations est subordonné à la condition que l'assuré soit suivi tant que son état l'exige; le médecin traitant ou le chiropraticien atteste que l'assuré se conforme à cette prescription; l'assuré ne peut changer de praticien qu'avec le consentement de la caisse.

Il importe donc de savoir, en relation avec le chiffre 2 de l'article 4 des conditions spéciales d'assurance, si l'intéressé était suivi par un médecin pendant la période litigieuse, soit du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002.

Interpellé par le Juge instructeur, le Dr R a répondu qu'il a suivi M'Hand Boussekine du 11 janvier 1988 au 14 novembre 2002. Il atteste donc d'une incapacité de travail à 75% depuis le 25 avril 2000 pour une durée indéterminée, par certificats renouvelés périodiquement, notamment le 15 mars 2002, avec effet jusqu'au 30 juin 2002. Depuis le début de la prise en charge par le Dr D, soit depuis le mois de mai 2002, le Dr R n'a plus établi de certificat, sauf en date du 30 avril 2003, à la demande du patient, pour son assurance (certificat d'incapacité de travail à 75% du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002).

Le certificat susmentionné est clair dans la mesure où il établit que l'intéressé était suivi par le Dr R de janvier 1988 à novembre 2002. Il importe peu qu'il n'ait pas précisé plus avant le suivi thérapeutique, ce qui ne lui était du reste pas demandé par le Juge instructeur. Aussi, le demandeur établit-il avoir été suivi par son médecin traitant pendant la période en cause.

f) Le demandeur ne peut en conséquence se voir reprocher une violation de l'article 4 des conditions spéciales d'assurance et n'est ainsi pas déchu de son droit de recevoir des indemnités journalières de la défenderesse pour la période du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002.

4. Y se prévaut en second lieu de la suspension, à partir du 23 octobre 2001, du droit de l'assuré à ses prestations, conformément à l'article 13 de ses conditions générales des assurances complémentaires de l'assurance-maladie et accidents (ci-après : CGA), qui stipule ce qui suit : si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance reçoit une sommation de verser la prime dans un délai de 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard; si la sommation reste sans effet, le droit aux prestations est suspendu dès l'expiration du délai précité (ch. 1^{er}); aucune prestation ne sera payée pour les sinistres survenant pendant la durée de la suspension, même après le paiement ultérieur de la prime (ch. 3).

On peut sérieusement douter que la preuve d'une telle suspension dès le 23 octobre 2001 ait été apportée par la caisse. Cette question peut toutefois rester ouverte; pour le motif qui suit.

Comme il a été constaté plus haut, l'incapacité de travail de l'intéressé, résultant du même sinistre, a duré du 25 avril 2000 au 30 juin 2002 à tout le moins. Dans ces conditions, il convient de retenir que le sinistre est survenu avant le début de la suspension, de sorte que l'article 13 CGA ne s'applique pas non plus dans le cas présent.

5. Pour ce qui est de l'incapacité de travail, celle-ci est établie à satisfaction par les certificats du médecin traitant, le Dr R , à un taux de 75%, du 1^{er} décembre 2001 au 30 juin 2002.

Dans ces conditions, il apparaît inutile d'entendre comme témoins les Drs R D .

6. Concernant le calcul des indemnités journalières dues, il y a lieu de se référer aux conditions spéciales d'assurance, dont l'article 6 stipule ce qui suit : les prestations assurées sont versées, pour une ou plusieurs maladies, pendant 720 jours au maximum; pour le calcul de la durée du versement, les jours d'incapacité partielle de travail comptent comme jours entiers (ch. 1^{er}); la couverture d'assurance prend fin après épuisement du droit aux prestations régies par les présentes conditions (ch. 2); lorsque l'indemnité journalière subit une réduction, chaque indemnité journalière réduite compte comme jour entier pour le calcul de la durée du versement (ch. 3); l'article 5 chiffre 3, 1^{ère} phrase, des conditions spéciales d'assurance précise qu'en cas d'incapacité partielle de travail, l'allocation journalière assurée est versée proportionnellement.

En l'espèce, la caisse a versé ses prestations du 25 avril 2000 au 30 novembre 2001, soit pendant 585 jours. Le demandeur a donc droit à encore 135 jours d'indemnités journalières (720 – 585), soit jusqu'au 14 avril 2002. Les deux indemnités journalières de 35 fr., qui donnent 70 fr. par jour, doivent ainsi être multipliées par 135, à concurrence de 75%.

Il en résulte une somme totale due de 7'087 fr. 50.

7. a) En vertu de l'article 102 alinéa 1^{er} CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier.

En l'occurrence, pour la période litigieuse, X a interpellé l'assureur pour la première fois de manière informelle par téléphone du 7 octobre 2002, et n'a produit un certificat médical attestant une incapacité de travail pour la période litigieuse qu'en date du mercredi 11 juin 2003; ce

document a dû être reçu par Y à tout le moins le lundi 16 juin 2003. C'est en conséquence cette dernière date qui vaut interpellation.

b) Conformément à l'article 104 alinéa 1^{er} CO, qui dispose que le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an, même si un taux inférieur avait été fixé pour l'intérêt conventionnel, la défenderesse doit l'intérêt moratoire à partir du 16 juin 2003.

8. En définitive, les conclusions de la demande doivent être admises partiellement, le demandeur ayant droit à des indemnités journalières pour une somme totale de 7'087 fr. 50, avec intérêt à 5% l'an dès le 16 juin 2003.

9. A teneur de l'article 26bis LTA, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès.

En l'espèce, l'assuré a bénéficié des services d'un avocat, à savoir d'un mandataire dûment autorisé qui peut se voir accorder des dépens.

La demande étant admise partiellement, il se justifie d'allouer au demandeur des dépens réduits, qu'il convient de fixer équitablement à 1'200 francs.

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

I. Les conclusions de la demande déposée le 14 décembre 2004 par le demandeur X contre la défenderesse Y Assurances SA sont admises partiellement.

II. La défenderesse doit verser au demandeur des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 75% entre le 1^{er} décembre 2001 et le 14 avril 2002, pour une somme totale de 7'087 fr. 50 (sept mille huitante-sept francs et cinquante centimes), avec intérêt à 5 % l'an dès le 16 juin 2003.

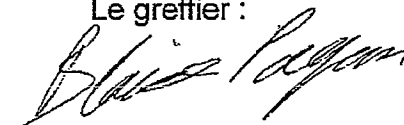
III. La défenderesse versera au demandeur, soit à son conseil, la somme de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 24 FEV. 2006

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature 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;

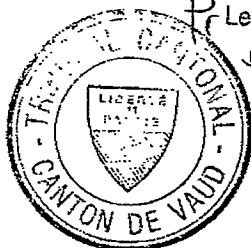
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

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).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL



Le greffier:

[Signature]

Le greffier :

[Signature]