

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme THALMAN N, juge
Membres : MM. Berthoud et Donzel, assesseurs
Greffier : Mme Pasche, greffière-substitut

Jugement du 29 septembre 2006

dans la cause

X, représentée par l'avocat Gilles-Antoine
Hofstetter, à Lausanne, demanderesse,

contre

Y ASSURANCES S.A., précédemment "Z"
ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS (ci-après : la compagnie ou
Y), représentée par les avocats Jean-Michel Duc et Didier
Eisig, audit lieu, défenderesse.

Art. 46 LCA

En fait :

A. La demanderesse, X, née le 1er juillet 1976, a travaillé au service de la société T du 16 octobre 2000 au 31 janvier 2003 et a été, à ce titre, assurée en perte de gain auprès de la défenderesse, "Z" assurance contre les accidents, actuellement Y. En effet, le Département fédéral des finances a autorisé le 13 juillet 2005 le transfert à Y Accidents SA et Y Assurances complémentaires SA du portefeuille suisse d'assurances LAA et indemnités journalières de "Z", société d'assurance contre les accidents, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2005.

Selon la police d'assurance (police n° XXX), les indemnités journalières sont versées dès le 61^{ème} jour d'incapacité de travail pendant 670 jours, à concurrence du 80 % du salaire. L'article 8 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) de la compagnie prévoit que la garantie cesse à la fin des rapports de service. Lorsque la garantie prend fin, les maladies qui donnent déjà droit à indemnité sont encore indemnisées pendant 360 jours dès la fin de la garantie, sous réserve d'une convention de libre passage avec un autre assureur ou d'épuisement antérieur du droit aux prestations. Aux termes de l'article 10.3 des CGA, l'indemnité journalière est payée au maximum pendant la durée prévue au contrat. S'agissant d'affections qui médicalement découlent l'une de l'autre (récidives), le délai d'attente et la durée des prestations se calculent une seule fois, pour l'ensemble. Cependant, après 12 mois consécutifs sans incapacité de travail, les affections déjà indemnisées en vertu du présent contrat sont considérées comme de nouvelles maladies; l'assuré a droit à la pleine durée des prestations; le délai d'attente s'applique à nouveau.

Dès le mois de septembre 2001, enceinte de son second enfant, la demanderesse a présenté des incapacités de travail du 21 au 24 septembre 2001, du 1^{er} au 5 octobre 2001, du 4 décembre 2001 au 13 février 2002 ainsi que du 15 février au 25 mai 2002.

Le Dr R, gynécologue traitant, mentionne, dans une attestation du 31 mai 2002, que la patiente souffre notamment de céphalées chroniques. Il indique également que X a subi une césarienne d'urgence le 26 mai 2002.

Le Dr H, spécialiste FMH en neurologie, expose dans un rapport médical à l'attention du Dr R du 26 avril 2002, que le bilan neurologique est rassurant et conclut à des céphalées migraineuses, ou tensionnelles décompensées par la grossesse et les vomissements.

Il résulte d'un décompte du 7 juin 2002 de la défenderesse qu'elle a pris en charge des incapacités de travail du 4 au 14 décembre 2001 et du 11 février au 31 mai 2002, en versant des indemnités journalières dès le 61^{ème} jour d'incapacité de travail.

La demanderesse a bénéficié d'un congé maternité du 27 mai au 25 août 2002.

Le 3 décembre 2002, la défenderesse a reçu de l'employeur de la demanderesse une déclaration de sinistre mentionnant une incapacité de travail dès le 30 août 2002. Le 25 novembre 2002, le Dr C, FMH médecine interne, oncologie et hématologie, atteste d'une incapacité de travail totale dès le 2 septembre 2002, diagnostiquant une anémie sidéropénique, un syndrome tunnel carpien droit, une scoliose sinistro-convexe de la colonne dorsale, une migraine et une infection aiguë des voies respiratoires. Le praticien indique en outre avoir été consulté le 3 septembre 2002 et que la patiente se plaint depuis plusieurs mois de fatigue inhabituelle, vertiges et céphalées. Dans un certificat médical du 7 janvier 2003, le Dr C atteste d'une incapacité de travail de 100 % jusqu'à fin 2003. Le 13 janvier 2003, répondant aux questions de la défenderesse, le Dr B, médecine interne FMH, expose avoir été consulté le 28 août 2002, le traitement et l'arrêt de travail de X ayant duré du 26 août au 2 septembre 2002.

Mandaté comme expert, le Dr V, spécialiste FMH médecine interne, diagnostique dans son rapport du 17 février 2003, des céphalées

migraineuses et vraisemblablement tensionnelles ainsi qu'un tabagisme chronique. Il mentionne que la demanderesse présente des céphalées migraineuses décrites comme sévères et de fréquence élevée jusqu'à deux fois par semaine depuis novembre 2001. L'expert estime la capacité de travail complète, mais qu'en ce qui concerne les migraines, il est possible qu'il en découle un certain absentéisme pendant 1 à 2 jours lors des crises, qui ne sauraient, cependant, conduire à une incapacité de travail à long terme. De son point de vue, l'incapacité de travail n'est pas justifiée.

Les Drs N et K, respectivement médecin associé et médecin assistant au sein du service de neurologie du CHUV, diagnostiquent le 24 mars 2003 une migraine transformée. Ils indiquent que la demanderesse présente des crises de migraine typiques avec aura, et décrivent une chronicisation de sa migraine avec des céphalées migraineuses quotidiennes. Le 28 avril 2003, les Drs N et U, médecin assistant au service de neurologie du CHUV, relèvent que, malgré le traitement, la patiente n'a pas présenté d'amélioration de la symptomatologie quant au type et à l'intensité ou à la fréquence des céphalées (1 jour libre par semaine environ, 2 crises majeures). Le 2 juin 2003, ces médecins observent une amélioration (2-3 jours de libre par semaine environ contre 1), mais le 1^{er} décembre 2003, le Dr N et la Dresse I, médecin assistante, constatent une aggravation des céphalées quotidiennes chroniques dans le contexte d'un état dépressif. Dans un certificat médical du 16 juillet 2004, le Dr C atteste d'une incapacité de travail à 100 % dès le 2 septembre 2002.

B. X, représentée par son conseil, a ouvert action contre Y Assurances SA par demande du 3 septembre 2004 adressée au Tribunal des assurances; elle conclut, avec dépens, au versement d'indemnités journalières par la défenderesse à raison de 80 % du salaire, à compter du 1^{er} mars 2003, pendant 670 jours, sous déduction des prestations déjà versées du 4 décembre 2001 au 31 mai 2002.

Dans sa réponse du 15 novembre 2004, la défenderesse conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande, dans la mesure où elle est recevable, et invoque la prescription.

Dans sa réplique du 15 décembre 2004, la demanderesse a confirmé les conclusions de sa demande.

Par duplique du 28 février 2005, la défenderesse a réitéré ses conclusions tendant au rejet de la demande. Elle a en outre requis l'audition, en qualité de témoin, de Tr.

C. Dans un courrier du 26 janvier 2006, la défenderesse indiquée que les CGA applicables sont les CGA MC 93, auxquelles les parties se réfèrent dans leurs écritures, et non les CGA MC 97, qu'elle a également produites par mégarde.

En droit :

1. a) Dans un arrêt S. P. contre 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, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : 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 privées ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1^{er} LAMal (JdT 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 : JdT 2000 III 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in : Colloques et journée d'études 1999-2001, éd. IRAL, Lausanne, pp. 763 ss).

Un recours en réforme interjeté devant le Tribunal fédéral contre l'arrêt du 24 juin 1998 précité a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II^{ème} 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 173.431]; 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 loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : 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 (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. S, jugement du 28 novembre 2003, AMC 16/01 - 11/2004, consid. 1).

2. Il y a lieu d'examiner, en premier lieu, la question de la prescription soulevée par la défenderesse.

3. Selon la police d'assurance, les indemnités journalières sont versées dès le 61^{ème} jour d'incapacité de travail pendant 670 jours à concurrence du 80 % du salaire. Selon l'article 8 des CGA, la garantie cesse à la fin des rapports de service. Lorsque la garantie prend fin, les maladies qui donnent déjà droit à indemnité sont encore indemnisées pendant 360 jours dès la fin de la garantie sous réserve d'une convention de libre passage avec un autre assureur ou d'épuisement antérieur du droit aux prestations. Selon le chiffre 10.3 des CGA, l'indemnité journalière est payée au maximum pendant la durée prévue du contrat. S'agissant d'affections qui médicalement découlent l'une de

l'autre (récidives), le délai d'attente et la durée des prestations se calculent une seule fois, pour l'ensemble. Cependant, après 12 mois consécutifs sans incapacité de travail, les affections déjà indemnisées sont considérées comme de nouvelles maladies, l'assuré ayant droit à la pleine durée des prestations et le délai d'attente s'appliquant à nouveau.

4. a) L'article 46 LCA, applicable par renvoi de l'article 2.2 des CGA, prévoit que les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation, l'article 41 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité étant réservé.

Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur de payer des indemnités journalières en cas de maladie court dès la constatation de l'incapacité de travail par un médecin et l'expiration du délai d'attente. Le droit d'obtenir le paiement des indemnités journalières se prescrit dans les deux ans à compter de ce moment pour l'ensemble des montants réclamés pour la durée de la maladie (ATF 127 III 268, JdT 2002 1179, SJ 2001 I 477). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que 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 (art. 10 let. a CGA), puisque le sinistre ne prend fin que lorsque la personne assurée recouvre sa capacité de gain. En règle générale, les polices prévoient que l'obligation de l'assureur de fournir des prestations ne dure que le temps pendant lequel un traitement médical est nécessaire; avec cette limitation de l'objet du risque, le concours du médecin est assuré. A moins que le contraire ne résulte clairement du contrat, le versement des indemnités journalières doit en principe être considéré comme une prestation globale unique, qui se prescrit dans son ensemble. L'obligation de base de l'assureur ne dépend donc pas du fait que l'employeur ait versé ou non son salaire à l'employé comme le soutient la demanderesse.

b) En l'espèce, il résulte des rapports médicaux des Drs R et V notamment que la demanderesse souffre de céphalées migraineuses et vraisemblablement tensionnelles décrites comme sévères et de fréquence élevée jusqu'à deux fois pas semaine depuis novembre 2001 en tout cas. Le Dr R a attesté dans divers certificats médicaux d'une incapacité de travail à 100 % à cause de ces troubles. La défenderesse a versé des indemnités journalières. Comme cela découle du décompte du 7 juin 2002, elle a admis l'incapacité de travail à cause de cette affection dès le 4 décembre 2001 et pendant 11 jours, puis dès le 11 février 2002. Compte tenu du délai d'attente, elle a versé des indemnités journalières dès le 1^{er} avril 2002 et jusqu'au 31 mai 2002, soit pendant 61 jours. Dès début septembre 2002, des incapacités de travail ont à nouveau été médicalement reconnues pour les problèmes de migraine subis par la demanderesse. Elle souffre donc d'un même trouble à la santé depuis 2001. La demanderesse l'admet d'ailleurs, puisque dans ses conclusions, elle conclut à l'octroi d'indemnités journalières sous déduction de celles déjà versées en 2002. Certes, elle n'a pas produit de certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail de juillet à août 2002. Toutefois, pendant cette période, la demanderesse était en congé maternité, de sorte que l'absence d'attestation médicale ne permet pas de déduire que la demanderesse a recouvré la santé pendant cette période et donc, s'agissant de ses problèmes de migraine, une capacité de travail entière. D'ailleurs, même si l'on considérait qu'il s'agit d'une récurrence, il résulte clairement de l'article 10.3 des CGA que celle-ci s'étant produite trois mois plus tard, le trouble à la santé doit être pris en compte dans sa globalité, le délai d'attente et la durée des prestations se calculant une seule fois.

Le fait d'où naît l'obligation est en conséquence né le 1^{er} avril 2002, le Dr R ayant constaté une incapacité de travail et le délai d'attente étant expiré à cette date. Le délai de deux ans pour ouvrir action est venu à échéance le 1^{er} avril 2004. La demande, mise à la poste le vendredi 3 septembre 2004, est ainsi tardive.

Enfin, il en irait de même si l'on retenait que la récurrence entraînait un nouveau délai de prescription. En effet, il n'y a pas de nouveau délai d'attente à prendre en compte selon les CGA et l'incapacité de travail constatée par le

Dr C date du lundi 2 septembre 2002, cette date est ainsi le dies a quo. Or, lorsque le délai est fixé par année, il vient à échéance le jour qui, dans le mois, correspond par son quantième au jour du dies a quo (art. 77 et 132 du Code des obligations), soit le jeudi 2 septembre 2004.

La demande, mise à la poste le vendredi 3 septembre 2004, étant tardive, il n'y a pas lieu d'examiner les autres arguments invoqués par les parties dans leurs écritures.

5. A l'appui de sa réplique, la défenderesse a requis l'audition en qualité de témoin de Tr. Cette demande doit être rejetée. Une telle mesure ne saurait, en effet, contribuer à l'instruction du litige, dont l'issue s'impose au vu des seules pièces (cf. ATF 122 V 47; voir aussi RAMA 1996 U 246 p. 160, consid. 4d).

6. En définitive, la demande ne peut qu'être rejetée.

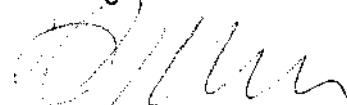
**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

I. La demande déposée le 3 septembre 2004 par X contre Y Assurances SA est rejetée.

II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :

La greffière :



Du 24 NOV. 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. 49 al. 2 LSA).

La greffière :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME

Le greffier :



[Handwritten signature]