

**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

---

Présidence de M. RITTE R, juge

Membres : M. Dind, juge, et M. Rousselle, assesseur

Greffier : Mme Pasche, greffière-substitut

**Jugement du 26 janvier 2007**

dans la cause

X, représenté par l'avocat Joël Crettaz, à Lausanne,  
demandeur,

contre

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

---

**Art. 61 LCA**

**En fait :**

A. X, né en 1970, est au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce. Du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 30 septembre 2004, ii a travaillé au service de la compagnie d'assurance Z. En cette qualité d'employé, il a été assuré à Y Assurances SA au titre d'un contrat collectif pour perte de gain régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), souscrit par l'employeur au bénéfice de l'ensemble de son personnel. Le délai d'attente était de 91 jours. X a été en incapacité de travail à 100 % depuis le 8 septembre 2004.

Le cas a été pris en charge par l'assureur perte de gain, lequel a, initialement, alloué des indemnités d'un taux de 100 % depuis le 30 novembre 2004, ce dies a quo étant incontesté. Le montant de l'indemnité est de 159 francs 60. Du 30 novembre 2004 au 31 janvier 2006 inclus ont ainsi été versées 428 indemnités journalières (ci-après : IJ), en sus du délai d'attente de 90 jours, courant depuis le 16 août 2004 et imputé sur la durée totale de 730 jours, compte tenu d'une période de capacité totale du 8 septembre au 29 novembre 2004. L'assureur a toutefois, par lettre du 6 décembre 2005, fait savoir à l'assuré qu'il le considérait comme apte au travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2006. Les indemnités ont été réduites en conséquence dès lors. Tel est l'objet du litige.

L'assuré est épileptique; il a en outre, à l'âge de 16 ans, dû subir une opération chirurgicale aux fins de corriger une scoliose idiopathique, affection qualifiée d'"actuellement calme" dans un rapport établi le 17 février 2005 par le Dr E, neurologue FMH. Dans ce même avis, ce praticien a relevé que les crises "se manifestent par des myoclonies et l'hémiface droite (sic) ou gauche lors de la lecture, parfois avec une ouverture forcée de la bouche avec retrait de la langue vers l'arrière, suivi parfois d'un gémissement et d'une généralisation tonico-clonique secondaire avec perte d'urines, morsure de langue et état post-critique". Une médication par "dépakine" a été introduite en 1995. Après une période sans crise entre 1997 et juin 2002, l'assuré a connu huit crises jusqu'à fin 2003, sept entre mars et décembre 2004, lesquelles sont à l'origine de deux licenciements de postes d'employé de commerce, ainsi que

quatre crises généralisées de janvier 2005 au 1<sup>er</sup> septembre 2006, dont deux en juillet 2006. Concernant les sept crises de 2004, l'auteur du rapport précise que le patient "travaillait en allemand, était soumis à un stress professionnel important et presque toute sa correspondance était à l'ordinateur". Dans un rapport médical du 4 septembre 2006, le Dr E observe que le patient a besoin de la médication car, selon ce praticien, son arrêt "entraînerait vraisemblablement une recrudescence des crises"; en outre, "le patient risque grandement de refaire des crises partielles s'il se remet à lire même pendant peu de temps ou de travailler à l'ordinateur".

Son médecin généraliste traitant, le Dr K, a attesté par rapport du 4 septembre 2006 de ce que l'épilepsie se double d'un syndrome dépressif, lequel justifie une médication antidépressive. Au surplus, "la prise régulière d'un antiépileptique à doses thérapeutiques n'entraîne pas du tout systématiquement la suppression complète de la survenue de crises (...)". Un rapport du 16 octobre 2006 du Dr N, médecin - chef de Service Consultation rachis adultes de l'Hôpital universitaire de Genève, atteste de ce que le rachis ne cause "pas de douleur lors des activités de base".

Le 18 mars 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à un reclassement professionnel.

B. X, représenté par l'avocat Joël Crettaz, a saisi le Tribunal des assurances le 30 mai 2006, prenant des conclusions tendant au versement, par Y Assurances SA, d'une somme de 9'496 fr. 20, respectivement au paiement d'indemnités journalières fondées sur un degré d'incapacité de 100 % jusqu'au terme des prestations contractuelles. Il a notamment produit des certificats médicaux résumés ci-dessus.

Dans sa réponse du 2 août 2006, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a produit un bordereau de pièces, contenant notamment un rapport médical du Dr K du 17 mai 2005, dont il ressort que l'assuré a la capacité fonctionnelle de demeurer en position assise durant huit heures par jour.

Dans ses déterminations du 6 octobre 2006, le demandeur a confirmé les conclusions de sa demande du 30 mai 2006.

Par courrier du 24 octobre 2006 au tribunal de céans, Y a confirmé les conclusions libératoires de sa réponse du 2 août 2006.

**C.** Le contrat collectif et les conditions d'assurance y applicables ont été produits. Le juge a interpellé d'office (art. 85 al. 2 de la loi fédérale sur la surveillance des assurances [ci-après : LSA]) le demandeur quant au montant demeurant dû depuis le 1<sup>er</sup> février 2006, respectivement pouvant l'être. Le 7 novembre 2006, la défenderesse a considéré que le demandeur avait épuisé son droit aux prestations au 31 août 2006, au vu du fait que la durée d'octroi des prestations est limitée à 730 jours calendaires, moins le délai d'attente, indépendamment du taux d'incapacité. 85'226 fr. 40 ont ainsi été versés pour 640 jours indemnisés.

#### **En droit :**

1. a) Dans un arrêt P. 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 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<sup>er</sup> 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

cantoniales, 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 I<sup>e</sup> 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) La compétence *ratione loci* du Tribunal des assurances découle du domicile vaudois du demandeur nonobstant le siège bernois de la défenderesse (art. 22 al. 1<sup>er</sup> litt. a de la loi fédérale sur les fors [Lfors]; Ritter, op. cit., p. 771); quoi qu'il en soit, il n'y aurait pas eu lieu à déclinaire d'office; de surcroît, l'article 15 des conditions générale d'assurance (ci-après : CGA) de la défenderesse prévoit le for du domicile suisse de l'ayant droit. L'autorité de céans est compétente pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 173.431]). La valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

**2** a) En l'espèce, la question litigieuse est celle du taux de l'incapacité du demandeur à compter du 1<sup>er</sup> février 2006.

b) "Par maladie, on entend les troubles de la santé attestés médicalement, indépendants de la volonté de la personne assurée, et qui ne peuvent être attribués à un accident (...)" (art. 16 al. 1<sup>er</sup> des CGA applicables à l'assurance collective d'indemnités journalières). "Il y a incapacité de travail lorsque la personne assurée, à la suite d'un événement assuré, est totalement ou partiellement incapable d'exercer son activité professionnelle" (art. 18, *ibid.*).

"Pour chaque cas, la Y Assurances SA verse tout au plus l'indemnité journalière pendant 730 jours, moins le délai d'attente" (art. 23 litt. c,

1<sup>ère</sup> phrase, *ibid.*). "En cas d'incapacité de travail partielle de 25 % au moins, la Y Assurances SA verse l'indemnité journalière selon le degré d'incapacité de travail; en cas d'incapacité de travail de 66 2/3 % au moins, les prestations entières sont versées sous réserve de prestations de tiers; les jours d'incapacité de travail partielle comptent comme des jours complets pour le calcul du délai d'attente" (art. 23 litt. d, 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, et 3<sup>ème</sup> phrases, *ibid.*).

3. La norme contractuelle ici topique ne fait pas référence à une activité de remplacement qui serait exigible de l'assuré incapable d'exercer son activité professionnelle au sens de l'article 18, précité, des CGA. Une telle obligation spécifique ne se laisse pas davantage déduire d'une norme contractuelle à caractère général, moins encore de l'article 61 LCA, s'agissant d'une assurance contre les dommages (cf. ATF 104 II 44).

4. A l'appui de ses conclusions libératoires, la défenderesse fait valoir que le demandeur est, à compter du 1<sup>er</sup> février 2006, à même d'exercer une activité adaptée à son état de santé, donc autre que celle d'employé de commerce, que la défenderesse admet ainsi implicitement être inadaptée.

Ce raisonnement est similaire à celui appliqué en assurance-maladie sociale; pour qu'une telle analogie soit légitime, encore faut-il toutefois que les normes contractuelles comportent une clause idoine permettant une telle limitation du droit aux prestations. Il n'en est rien in casu, vu le silence qualifié des CGA.

La défenderesse ne dispose donc d'aucune base juridique pour contraindre le demandeur à changer de profession à peine de suppression des indemnités. De surcroît, elle ne précise guère quelle activité elle attend que sa partie adverse puisse raisonnablement exercer.

Au surplus, l'incapacité de travail totale est reconnue jusqu'au 31 janvier 2006 et aucune amélioration n'est rendue vraisemblable, a fortiori prouvée, dès le lendemain. Bien plutôt, il apparaît que le demandeur est atteint d'une affection chronique aussi bien dans son existence que dans ses manifestations cliniques. De surcroît, en se prêtant au traitement

médicamenteux ordonné par les médecins, il a réduit son dommage autant que l'on peut l'attendre de lui. Un changement d'emploi, notamment en faveur d'une activité physique, est aussi entravé par le fait qu'il a souffert aussi du dos, ayant même dû être opéré d'une scoliose dans sa jeunesse, l'affection n'étant qualifiée que d'"actuellement calme" alors que l'assuré exerçait des activités purement sédentaires.

C'est dès lors à tort que la défenderesse a réduit le taux de ses prestations de 100 % à 50 pour-cent. Même si l'incapacité de travail du recourant n'est assurément pas totale, vu le caractère aléatoire des crises, elle n'en est pas moins des deux tiers au moins dans l'activité d'employé de commerce. A cet égard, il y a d'abord lieu de prendre en compte l'incontestable gravité des crises et le caractère chronique de l'état dépressif, ainsi que les effets secondaires de la médication ordonnée lege artis. Mais surtout, le trouble neurologique est incompatible avec le travail prolongé sur écran d'ordinateur, ce qui constitue l'essentiel du métier d'employés de commerce. Elle justifie donc une indemnisation au taux de 100 % selon l'article 23 des CGA précité, même si le demandeur peut assurément demeurer assis huit heures par jour, comme l'atteste le Dr K dans son rapport du 17 mai 2005.

Il reste à déterminer la quotité des prestations. Il ressort de l'article 23 litt. c, 1<sup>ère</sup> phrase, CGA, précité, qu'il n'y a aucune prolongation de la durée d'octroi des IJ en fonction du taux d'incapacité. Cette clause n'est pas insolite.

Le relevé de la défenderesse du 7 novembre 2006 établit que le droit aux prestations a pris fin au 31 août 2006. L'objet litigieux est limité au taux des IJ dès le 1<sup>er</sup> février 2006, soit durant 212 jours, par 79 fr. 80 chacune, soit une valeur capitalisée de 16'917 fr. 60 en francs constants. Une conclusion de la demande tend au versement des IJ "jusqu'au terme des prestations contractuelles", échéance postérieure à l'ouverture de l'instance et antérieure à la date du présent jugement. Il s'agit d'un état stable, qui n'est pas susceptible de s'être modifié, durant le laps de temps ici en cause, dans une mesure modifiant le droit aux prestations. Cette somme doit être allouée au demandeur. Pour ce qui est des intérêts, le demandeur n'en requiert pas et il ne saurait être statué ultra petita à l'aune du régime de l'action.

5. Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demande doivent être admises.

6. Aux termes de l'article 26 bis de la loi cantonale sur le Tribunal des assurances (ci-après : LTAs), applicable par analogie en matière d'assurances complémentaires à la LAMal, 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 et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès.

En l'espèce, le demandeur, qui obtient gain de cause, a bénéficié des services d'un avocat, soit d'un mandataire dûment autorisé qui peut se voir accorder des dépens. Il se justifie, vu l'ampleur de la procédure, d'arrêter à 2'000 fr. la somme allouée à ce titre.

7. La valeur litigieuse étant supérieure à 8'000 francs, la cause a été tranchée par le Tribunal des assurances (art. 11 al. 2 LTAs).

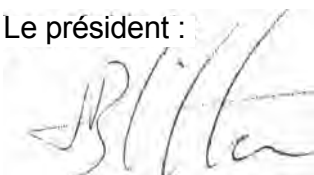
**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
prononce :**

I. Les conclusions de la demande déposée le 30 mai 2006 par X contre Y Assurances SA sont admises en ce sens que Y Assurances SA est débitrice de X et lui doit paiement de la somme de 16'917 francs 60 (seize mille neuf cent dix-sept francs et soixante centimes).

II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

III. La défenderesse versera au demandeur, soit à son conseil, la somme de 2'000 francs (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :



La greffière



Du **21** FEV. 7007

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié aux parties par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal dans les dix jours dès sa notification, 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 les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF — RS 173.110). Même lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a LTF). Cas échéant, le jugement peut faire l'objet d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1er LTF).

L'article 100 alinéa 6 LTF est réservé.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 49 al. 2 LSA).



ns