

CHAMBRE DES RECOURS

Arrêt du 9 mai 2007

Présidence de Mme E P A R D , présidente
Juges : MM. F. Meylan et Colombini
Greffier : M. d'Eggis, greffier-substitut

Art. 74 LTF; 12 al. 2 et 3 LAMal; 456a CPC

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper du recours interjeté par X., demanderesse, à Villeneuve, contre le jugement rendu le 31 janvier 2007 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans la cause la divisant d'avec A., **Société d'assurances**, défenderesse, à Berne.

Délibérant à huis clos, la cour voit :

En fait :

A. Par jugement du 31 janvier 2007, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté la demande déposée par X. contre A., Société d'assurances (I), ainsi que toutes autres ou plus amples conclusions (II).

La Chambre des recours fait sien l'état de fait de ce jugement, qui retient notamment les faits suivants :

a) La défenderesse A., Compagnie d'assurances, a conclu avec M. SA, à Villeneuve, un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières de maladie dès le 1er mars 2000, puis un autre dès le 1er mars 2001. Sont parties intégrantes de la police d'assurance notamment des documents intitulés "Feuilles de prestations et de prime par cercle de personnes" ainsi que l'édition 1990 des conditions générales de l'assurance-maladie collective de dite caisse. Selon la police d'assurance, le personnel féminin de l'entreprise est assuré à raison de 80 % du salaire journalier, après un délai d'attente de trente jours par cas d'assurance, la durée des prestations étant fixée à 700 jours par cas d'assurance.

Les conditions générales 1990 de cette assurance-maladie collective ont la teneur suivante (pièce 18 du bordereau des pièces produit le 15 février 2006 par la défenderesse; jugement pp. 8/9) :

"A 3 Personnes assurées

1 Sont assurées, toutes les personnes appartenant au cercle de personnes désignées dans le contrat et qui sont employées au sein de l'entreprise assurée (...).

E 1 Durée de l'assurance

(...)

2 Fin de l'assurance

a Pour chaque assuré, la couverture d'assurance cesse :
- avec l'extinction de la police;

- du fait de la sortie du cercle des personnes assurées;
- avec l'âge de l'AVS (...)
- à l'épuisement de la durée des prestations convenues.

b Si, au moment de l'échéance du contrat ou lorsque le droit aux prestations est suspendu, un assuré a d'ores et déjà droit à des indemnités journalières, elles lui seront servies même après cette date, sous réserve toutefois des dispositions réglant la durée du droit aux prestations (C 1/1), mais tout au plus pour les 365 jours qui suivent. Les dispositions relatives au libre passage (E 5) demeurent réservées. Aucun droit à une couverture subséquente ne sera donné pendant la durée de garantie provisoire ainsi que pour les personnes assurées en âge AVS.

E 5 Libre passage

Lorsqu'un assuré quitte le cercle de personnes assurées, lorsque la police s'éteint (E 1/2a) (...), l'assuré domicilié en Suisse (...) pourra proposer à A., dans un délai de trente jours après l'expiration de la couverture subséquente (E 1/2b), la conclusion d'une assurance-maladie conforme aux conditions de l'assurance-maladie individuelle de A.; pour ce faire, il respectera les directives ci-dessous :

1. En ce qui concerne l'appréciation de l'état de santé, c'est l'état de santé à l'entrée dans l'assurance collective qui est déterminant. Si une amélioration éventuelle de l'état de santé a été enregistrée depuis le commencement de l'assurance collective, il en sera tenu compte;

(...)

4. Les prestations servies au titre d'un contrat collectif seront imputées à l'assurance-maladie individuelle;

(...)"

b) M. SA a engagé le 11 janvier 2001 la demanderesse X. en qualité d'ouvrière non spécialisée. Celle-ci n'a dû remplir aucun questionnaire de santé lors de son engagement et de sa soumission au contrat d'assurance collective.

La demanderesse a été en incapacité totale de travail du 6 au 22 avril 2001, du 22 au 25 août 2001 et dès le 30 octobre 2001 pour une durée indéterminée.

M. SA a résilié le contrat de travail de son employée pour le 30 novembre 2001, puis pour le 31 décembre 2001.

A. a pris en charge l'assurée et lui a versé des indemnités journalières perte de gain maladie du 16 octobre 2001 au 31 décembre 2002. Divers certificats médicaux, signés par le Dr E., médecin traitant de l'assurée, ont été adressés à la caisse; ils sont relatifs à l'incapacité de travail totale de cette dernière. Il résulte en particulier de ces documents que l'intéressée souffre de douleurs abdominales permanentes depuis des interventions chirurgicales d'ordre gynécologique en 1990 et 1991.

X. a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 mai 2002.

Le 14 février 2003, X. a rempli une "proposition d'assurance-maladie individuelle pour les passants d'une police maladie-collective" et l'a adressée à A. Au questionnaire sur son état de santé, l'intéressée a répondu positivement au fait de savoir si elle souffrait ou avait souffert de maladies, troubles ou affections de l'appareil digestif, mentionnant l'existence d'une atteinte "abdominale" depuis 1995, non guérie. La caisse a accusé réception de la proposition par courrier du 27 mars 2003, en ces termes :

"Libre passage pour l'assurance maladie individuelle du 06.09.2003
Police n° 395 72039.001

Madame,

Nous avons bien reçu votre proposition maladie individuelle et vous en remercions.

Après examen attentif des documents en notre possession, nous devons malheureusement vous informer que nous nous voyons dans l'obligation d'appliquer une réserve d'assurance pour la garantie des prestations demandées, étant donné que vous souffriez de ces affections avant l'entrée en vigueur du contrat collectif.

Ci-joint, vous recevez la clause de réserve en double exemplaires. Nous vous prions d'ajouter les indications nécessaires sur un des exemplaires et de nous le renvoyer dûment daté et signé d'ici au 28.04.2003. Le deuxième exemplaire vous est destiné.

Nous regrettons de ne pas pouvoir vous donner des nouvelles plus favorables et vous remercions de bien vouloir prendre position rapidement."

La clause de réserve mentionnée dans ce courrier prévoit l'exclusion de la couverture maladie individuelle d'un "syndrome douloureux somatoforme persistant (à cause des douleurs abdominales)", cette réserve d'assurance étant valable jusqu'à la révocation par la caisse. Le formulaire concerné offrait le choix de confirmer l'acceptation de cette clause, sollicitant la remise de la police d'assurance avec la date d'entrée en vigueur convenue, ou de renoncer aux prestations proposées. X. n'a pas rempli ni retourné la clause de réserve à la caisse.

Selon attestation de la caisse du 16 avril 2003, X. ne reçoit plus d'indemnités journalières de l'assurance-maladie collective depuis le 1er janvier 2003.

Par lettre du 8 mai 2003, X. a contesté l'arrêt du versement des indemnités journalières et a demandé à la caisse de réactiver l'assurance perte de gain maladie et de verser le reste des indemnités selon le contrat d'assurance.

Par courrier du 24 juillet 2003, la défenderesse a indiqué maintenir sa décision, plusieurs certificats et rapports médicaux indiquant clairement que l'intéressée avait souffert de problèmes de santé déjà avant l'entrée en vigueur du contrat collectif, priant celle-ci de lui retourner la clause de réserve.

c) Par demande du 21 décembre 2005, X. a conclu que A. doit lui verser la somme de 18'162 fr. 25, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1er janvier 2003, étant constaté que la réserve imposée par dite caisse est nulle et de nul effet.

Par réponse du 15 février 2006, la défenderesse a conclu à libération.

d) A l'audience d'instruction tenue le 19 septembre 2006, le Président du Tribunal des assurances a entendu comme témoin O., employé de la défenderesse, qui a confirmé la pratique de la caisse, à savoir admettre intégralement les assurés dans la couverture d'assurance-maladie collective sans exiger qu'ils ne remplissent un questionnaire de santé ou se soumettent à des examens médicaux lorsque l'entreprise ayant conclu le contrat d'assurance-maladie collective compte plus de cinq employés.

B. X. a recouru contre ce jugement en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que A., Société d'assurances, doit lui payer le montant de 17'862 fr. 25, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} janvier 2003. Dans son mémoire, elle a développé ses moyens, pris une conclusion en annulation et réduit sa conclusion en réforme à concurrence de 16'045 fr. 75.

En droit :

1. a) Le présent litige relève de l'assurance-maladie complémentaire, soumise au droit privé et, partant, à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1), en vertu de l'article 12 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal; RS 832.10).

Dans le canton de Vaud, le contentieux des assurances complémentaires est de la compétence du Tribunal des assurances (art. 86 LAMal; art. 1^{er} du décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, RSV 173.431; JT 2006 III 18, c. 1a p. 20; JT 1999 III 106, c. 1b).

Sous l'empire de la loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (OJ), les jugements du Tribunal des assurances ou de son président relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie (art. 12 al. 2 LAMal) ne pouvaient être contestés devant la Chambre des recours que lorsque le recours en réforme fédéral n'était pas ouvert, soit lorsque la valeur litigieuse était inférieure à 8'000 fr. (art. 46 OJ; Ch. rec., B. c. Intras, 27 mai 2005/409; Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance maladie, in JT 2000 III 79, sp. p. 83; cf. aussi JT 2006 III 18, c. 1b p. 20).

La loi sur le Tribunal fédéral (ci-après : LTF, RS 173.110), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007 et qui a abrogé l'OJ (art. 131 al. 1^{er} LTF) prévoit que, dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que, notamment, si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr. (art. 74 al. 1^{er} litt. b) ou, lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a). En matière pécuniaire, la valeur litigieuse

correspond aux droits contestés dans la dernière instance cantonale (JT 2006 III 18, c. 1b p. 20).

En l'espèce, le recours est dirigé contre un jugement rendu par le Tribunal des assurances en matière d'assurance-maladie complémentaire. Les conclusions réduites du recours s'élèvent au montant de 16'045 fr. 75, qui détermine la valeur litigieuse (art. 116 de la loi vaudoise d'organisation judiciaire [LOJV, RSV 173.01] applicable par analogie aux recours cantonaux et 74 al. 1^{er} litt. b LTF). On se trouve donc en dessous du seuil posé à l'article 74 alinéa 1^{er} lettre b LTF. Par ailleurs, le présent litige ne paraît pas non plus poser une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a LTF). Le recours en matière civile au Tribunal fédéral n'apparaît ainsi pas ouvert. Déposé en temps utile par une partie qui y a intérêt, le présent recours est donc recevable devant la Chambre des recours.

b) Les exigences de l'article 461 CPC ne constituent pas une simple règle d'ordre, mais des conditions de recevabilité du recours; on ne saurait en conséquence tenir compte des conclusions prises après l'expiration du délai de recours, en particulier dans le mémoire ampliatif de l'article 465 CPC (Poudret/Haldy/Tappy, Procédure civile vaudoise, 3^{ème} éd., Lausanne 2002, n. 2 ad art. 461 CPC, p. 714).

En l'espèce, l'acte de recours contient une conclusion en réforme seulement. La conclusion en nullité, introduite dans le mémoire, est irrecevable.

c) Les conclusions en réforme ne peuvent être ni nouvelles ni plus amples que celles de première instance (art. 452 al. 1^{er} CPC). En revanche, la réduction de conclusions en seconde instance est admissible (Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 3 ad art. 452 CPC, p. 688).

En l'espèce, les conclusions en réforme de l'acte de recours sont inférieures à celles prises en première instance (par 18'162 fr. 25), car elles tendent au paiement d'un montant de 17'862 fr. 25; réduit dans le mémoire à 16'045 fr. 75, elles sont recevables.

2. a) La nouvelle du 17 mai 1999 modifiant le code de procédure civile du 14 décembre 1966 (ROLV 1999, p. 176), a limité le champ d'application de l'article 457 CPC aux seuls jugements rendus par le juge de paix. Dans sa jurisprudence rendue sous l'empire de l'OJ, la cour de céans appliquait toutefois aussi l'article 457 CPC pour déterminer son pouvoir d'examen en matière d'assurance-maladie complémentaire lorsque la valeur litigieuse était inférieure à 8'000 fr. (Ch. rec., B. c. Intras, 27 mai 2005/409 précité, c. 3a). La limitation du pouvoir d'examen par application analogique de cette dernière disposition s'imposait puisque le juge de paix statuant comme juge unique était (et est) compétent pour les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est inférieure à 8'000 fr., sous réserve d'une autre attribution par une loi spéciale (art. 113 LOJV).

D'une manière générale, saisie d'un recours contre un jugement principal rendu par un tribunal d'arrondissement (compétent lorsque la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. et inférieure ou égale à 100'000 fr.; art. 96b al. 3 LOJV) ou par son président (compétent lorsque la valeur litigieuse est comprise entre 8'000 fr. et 30'000 fr.; art. 96d al. 2 LOJV) en procédure accélérée ou sommaire, contre un jugement principal rendu par un tribunal de prud'hommes ou par son président ou rendu par le tribunal des baux (JT 2003 III 3, c. 3a pp. 5/6), dans ces trois derniers cas indépendamment de la valeur litigieuse, le pouvoir d'examen de la Chambre des recours est défini par l'article 452 CPC, lequel renvoie aussi à l'article 456a CPC. Il en va de même pour les recours dirigés contre un jugement incident rendu par un juge instructeur de la Cour civile ou par un président du tribunal d'arrondissement (JT 2003 III 16) et contre un jugement rendu par le Tribunal de prud'hommes de l'administration cantonale ou par son président (JT 2006 III 29), également indépendamment de la valeur litigieuse.

Or, dans la présente cause, l'analogie avec la procédure de recours en matière de jugement rendu par un juge de paix n'est plus pertinente depuis que la compétence de la cour de céans a passé de 8'000 fr. à 30'000 fr. en matière d'assurance-maladie complémentaire compte tenu de l'effet de l'entrée en vigueur de la LTF sur la procédure cantonale. Les considérations développées par le législateur à l'appui de l'extension du pouvoir d'examen de la Chambre des recours s'agissant des jugements de président de tribunal (cf. Béglé, Les Tribunaux d'arrondissement et la nouvelle procédure accélérée, in JT 1999 III 34, sp. p. 51 et références) peuvent être transposées de manière pertinente au cas d'espèce. En outre, aucun motif ne

permet de justifier un pouvoir d'examen cantonal différent selon que les litiges dans ce domaine sont d'une valeur litigieuse inférieure à 8'000 fr. ou comprise entre 8'000 francs et 30'000 francs. En particulier, le Tribunal des assurances ou son président suivent tous deux les mêmes règles de procédure (art. 6 et suivants de la loi vaudoise sur le Tribunal des assurances; LTAs, RSV 173.41). Dès lors, dans le cadre d'un recours contre un jugement rendu par le Tribunal des assurances ou par son président en matière d'assurance-maladie complémentaire, la cour de céans applique l'article 452 CPC à tous les litiges de sa compétence (Ch. rec., G. c. S., 5 avril 2007 n° 276/I).

Il en découle que les parties ne peuvent articuler des faits nouveaux, sous réserve de ceux résultant du dossier et qui auraient dû être retenus ou de ceux pouvant résulter d'une instruction complémentaire selon l'article 456a CPC (art. 452 al. 1er CPC; JT 2006 III 29, c. 1b, 30/31; JT 2003 III 3, 16 et 109). Dans ces limites, la Chambre des recours revoit librement la cause en fait et en droit (art. 452 al. 2 CPC).

En l'espèce, l'état de fait du jugement, qui est complet et conforme aux pièces du dossier, permet à la cour de céans de statuer sur le recours. On verra ci-dessous qu'il n'y a pas lieu de le compléter, contrairement à ce que la recourante soutient.

3. a) M. SA a résilié le contrat de travail de la recourante avec effet au 31 décembre 2001. L'intimée a versé à celle-ci les indemnités dues jusqu'au 31 décembre 2002 conformément au contrat d'assurance d'indemnités journalières de maladie collective la liant à l'employeur.

L'intimée soutient que la recourante est sortie du cercle des personnes assurées le 31 décembre 2001 (article E 1/2a) et qu'elle a droit seulement à des indemnités journalières pour les 365 jours qui suivent (E 1/2b), soit jusqu'au 31 décembre 2002.

Les premiers juges ont considéré en bref que l'article E 1/2b des conditions générales constitue une clause conventionnelle limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, au sens de la

jurisprudence (ATF 127 III 106), qui est licite dans le cadre d'un contrat d'assurance soumis à la LCA. Selon eux, on n'était pas en présence d'une clause insolite (ATF non publié du 7 mai 2002 5C.74/2002, c. 2c); ce dernier arrêt précise que, pour qu'une clause soit considérée comme insolite, il ne suffit pas que le contractant soit inexpérimenté dans la branche économique en question; il faut en plus de ce critère subjectif que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat. Dès lors, la recourante n'a pas droit à des indemnités au-delà du 31 décembre 2002, la prétention de celle-ci à cet égard devant être rejetée.

La recourante soutient ne pas pouvoir suivre ce raisonnement, en invoquant les rapports qu'il y a entre l'assurance collective précitée d'une part, et l'assurance "libre passage" que l'assuré peut conclure lorsqu'il quitte le cercle des personnes assurées (article E 5) et qu'elle a voulu conclure avec l'intimée, d'autre part.

b) Rien ne permet toutefois d'admettre que la clause E 1/2b des conditions générales ne s'applique pas en raison de la possibilité de conclure une assurance-maladie individuelle au terme de la couverture par l'assurance collective, notamment lorsque l'assuré quitte le cercle des personnes assurées auprès de cette dernière assurance (E 5). La recourante avait droit aux indemnités prévues par l'assurance collective de l'employeur jusqu'au 31 décembre 2002; elle avait la faculté, à ce moment là et pendant trente jours (E 5/1) de conclure une "assurance-maladie conforme aux conditions de l'assurance-maladie individuelle" auprès de l'intimée. Le point de savoir si l'assurance maladie individuelle que la recourante a voulu conclure avec l'intimée a ou non fait l'objet d'un contrat d'assurance valablement conclu doit être examiné indépendamment des prestations découlant de l'assurance collective conclue en premier lieu. Le recours doit donc être rejeté sur ce point.

4. La recourante a adressé le 14 février 2003 une proposition d'assurance maladie individuelle à l'intimée, soit postérieurement au délai de trente jours fixé par l'article E 5 des conditions générales de l'assurance collective. A juste titre, le jugement retient que cette proposition n'est pas tardive car, si le délai contractuel n'a pas été respecté, la caisse en a accusé réception par courrier du 27 mars 2003 et

accepté d'entrer en matière en retournant à l'assurée le même jour une clause de réserve pour l'assurance-maladie individuelle à compléter en indiquant si la recourante confirmait l'acceptation de cette clause ou si elle renonçait aux prestations proposées (jugement, p. 10).

Les premiers juges ont considéré que l'intimée n'avait pas l'obligation d'accepter automatiquement une proposition d'assurance individuelle formulée par une personne quittant l'assurance collective; elle avait la faculté de se fonder sur l'état de santé du proposant au moment de l'entrée dans l'assurance collective (article E 5/1) et, en l'espèce, de considérer que les maux dont la recourante souffrait au début 2001 justifiaient une réserve de sa part quant à la couverture de l'assurance individuelle sollicitée. Ils ont ainsi admis que la réserve formulée par l'intimée échappait à toute critique (jugement p. 13), puisque la recourante n'avait pas admis la contreproposition de l'intimée incluant cette réserve et qu'en conséquence, aucun contrat d'assurance-maladie individuelle n'avait été conclu. Au surplus, la cour de céans peut approuver les considérations du jugement à cet égard (pp. 9 à 14), qu'elle fait siennes par adoption de motifs (art. 471 al. 3 CPC).

La recourante soutient qu'au début 2001, lorsqu'elle a intégré le cercle des personnes assurées auprès de l'assurance collective, sa capacité de travail était entière; elle invoque à cet égard notamment les emplois qu'elle a exercés depuis 1996 (mémoire pp. 2/3). Le fait que la recourante ait exercé une activité professionnelle avant et au moment de son entrée chez M. SA n'est pas déterminant quant aux "atteintes à la santé" qu'elle présentait et qui pouvaient faire l'objet d'une réserve de la part de la compagnie d'assurances; les certificats médicaux signés par son médecin traitant, le Dr E., dont il résulte que la recourante souffre de douleurs abdominales permanentes depuis des interventions chirurgicales d'ordre gynécologique en 1990 et 1991 (jugement p. 12) justifiaient de considérer que celle-ci souffrait d'atteintes à la santé et d'admettre une réserve y relative. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'état de fait à ce sujet, contrairement à ce que requiert la recourante.

Enfin, la recourante soutient que l'article 71 alinéa 1^{er} in fine LAMal devait lui être appliqué. Tel serait le cas si l'assurance collective en cause était soumise à la LAMal; mais, en l'espèce, dite assurance collective est régie par la LCA art. 12 al. 2 et 3 LAMal; c. 1/a ci-dessus). Il s'ensuit que le jugement est bien fondé.

5. En définitive, le recours doit être rejeté, en application de l'article 465 alinéa 1^{er} CPC, et le jugement confirmé.

L'arrêt est rendu sans frais.

Par ces motifs,
la Chambre des recours du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
en application de l'article 465 alinéa 1^{er} CPC,
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Le jugement est confirmé.
- III. L'arrêt est rendu sans frais.
- IV. L'arrêt motivé est exécutoire.

La présidente :

Le greffier :

Du 9 mai 2007

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Mme Mihaela Amos, avocate (pour X.),
- M. Bernard Geller, avocat (pour A., Société d'assurances).

Le présent arrêt 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), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr., à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1^{er} LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Le greffier :