

**CHAMBRE DES RECOURS**

---

Séance du 20 juin 2007

---

Présidence de Mme E P A R D, présidente  
Juges : MM. F. Meylan et Denys  
Greffier : Mme Aguet, greffière-substitut

\*\*\*\*\*

**Art. 74 LTF; 1er 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; 12 LAMal; 452, 456a CPC**

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper du recours interjeté par A. **ASSURANCES SA**, défenderesse, contre le jugement rendu le 26 janvier 2007 par le Tribunal des assurances dans la cause divisant la recourante d'avec X., demandeur.

Délibérant en audience publique, la cour voit :

**En fait :**

A. Par jugement du 26 janvier 2007, adressé aux parties le 21 février 2007 pour notification, le Tribunal des assurances a prononcé que les conclusions de la demande déposée le 30 mai 2006 par X. contre A. Assurances SA sont admises en ce sens que A. Assurances SA est débitrice de X. et lui doit paiement de la somme de 16'917 fr. 60 (I), que toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées (II), et que la défenderesse versera au demandeur, soit à son conseil, la somme de 2'000 fr. à titre de dépens (III).

La Chambre des recours fait sien dans son entier l'état de fait du jugement, dont il ressort ce qui suit :

" 1. 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, il a travaillé au service de la compagnie d'assurance O. En cette qualité d'employé, il a été assuré à A. 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 F. 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 G., 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.

2. X., représenté par l'avocat Joël Crettaz, a saisi le Tribunal des assurances le 30 mai 2006, prenant des conclusions tendant au versement, par A. 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 F. 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, A. a confirmé les conclusions libératoires de sa réponse du 2 août 2006.

3. 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".

B. Par acte motivé du 2 mars 2007, A. Assurances SA a recouru contre ce jugement, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit et déclaré qu'elle n'est débitrice de X. d'aucune somme.

X. a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours par mémoire du 15 mai 2007.

#### **En droit :**

1. 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. 1er 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; Journal des Tribunaux [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 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. I., 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<sup>er</sup> janvier 2007 et qui a abrogé l'OJ (art. 131 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs. On se trouve donc en dessous du seuil posé à l'article 74 alinéa 1<sup>er</sup> 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.

2. a) Avant l'entrée en vigueur de la loi du 17 mai 1999 modifiant le Code de procédure civile du 14 décembre 1966 (ROLV 1999, p. 176), la cour de céans appliquait l'article 457 CPC par analogie pour déterminer son pouvoir d'examen. Cette disposition s'appliquait aux domaines régis par la maxime d'office tels le droit du contrat de travail et celui du bail à loyer ou encore aux litiges relevant de la compétence du président de tribunal. La novelle du 17 mai 1999 a limité le champ d'application de l'article 457 CPC aux seuls jugements rendus par le juge de paix. Le pouvoir d'examen de la Chambre des recours lorsqu'elle est saisie d'un recours contre un jugement de président de tribunal rendu en procédure sommaire est désormais défini à l'article 452 CPC. Il en est de même des jugements rendus par les tribunaux de prud'hommes (art. 46 de la loi du 17 mai 1999 sur la juridiction du travail; LJT, RSV 173.61) et par le Tribunal des baux (art. 13 de la loi du 13 décembre 1981 sur le Tribunal des baux; LTB, RSV 173.655).

Toutefois, dans le domaine de l'assurance complémentaire, le recours au Tribunal cantonal est circonscrit aux litiges dont la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., limite qui est également celle de la compétence d'un président de tribunal (art. 96d al. 3 de la loi du 12 septembre 1979 d'organisation judiciaire [LOJV, RSV 173.01]). 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) apparaissent dorénavant pertinentes. Dès lors, la cour de céans applique l'article 452 CPC dans les litiges relatifs à l'assurance-maladie complémentaire.

b) 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 peut être complété de la manière suivante:

Dans une annexe au rapport médical de l'assurance-invalidité remplie le 17 mai 2005 (pièce 2 de la recourante), le Dr F. a répondu par l'affirmative à la question : "peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité?" et précisé que l'activité envisageable est une "activité avec un travail administratif le plus modeste possible, l'activité ne doit pas être trop physique non plus". Le médecin a en outre mentionné, s'agissant de l'exercice par l'intimé d'une autre activité que "c'est son désir". Il a exposé également qu'il fallait éviter un travail de bureau intensif, que la motivation de l'intimé était bonne et que la capacité de travail raisonnable exigible était "proche de 100%". Il fait allusion dans son rapport à une profession envisageable d'éducateur.

- Dans un rapport médical concernant les capacités professionnelles de l'intimé rempli le 14 avril 2005 (pièce 3 de la recourante), le Dr E. a détaillé les capacités fonctionnelles de l'intimé en répondant par l'affirmative à la plupart de ces capacités; il a dit qu'il fallait éviter un "travail à l'ordinateur + lecture pendant longtemps" ; enfin, il a considéré que la motivation de l'intimé pour le reclassement professionnel était bonne et que la capacité de travail raisonnablement exigible était de 50 à 100%.

3. La recourante conclut à l'annulation du jugement et à ce qu'il soit déclaré qu'elle n'est pas débitrice de l'intimé. Nonobstant le terme "annuler", on doit considérer que le recours est essentiellement en réforme, la recourante ne faisant d'ailleurs valoir aucun moyen de nullité.

Elle soutient que c'est à tort que les premiers juges ont retenu que ses conditions générales d'assurance ne faisaient pas référence à une activité de remplacement dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage de l'assuré et que l'obligation de trouver une activité de remplacement ne pouvait pas être déduite directement de l'article 61 LCA. Elle soutient que ses conditions générales stipulent au point 2 in fine, intitulé "base de l'assurance", que "dans la mesure où il n'en a pas été expressément convenu autrement, la loi sur le contrat d'assurance (LCA) est applicable" ; elle en déduit que les conditions générales d'assurance sont ouvertes sur ce point et que ce sont donc les dispositions de la loi sur le contrat d'assurance qui s'appliquent de manière subsidiaire, dont l'article 61 LCA.

4. Les premiers juges ont considéré que les conditions générales de l'assurance ne faisaient 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 CGA et qu'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 (jugement attaqué, p. 6).

A la lecture des Conditions générales d'assurance, dans le teneur 2002, produites par la recourante (pièce 6), la cour de céans constate qu'il n'y a aucune rubrique intitulée "base de l'assurance", ni un "point 2" qui ferait référence à la loi sur le contrat d'assurance comme l'affirme la recourante. Il n'est par ailleurs fait allusion nulle part dans ces conditions générales à cette loi. On ne saurait dès lors retenir un renvoi à la loi sur le contrat d'assurance, soit notamment l'article 61 LCA, en vertu d'une disposition spécifique des conditions générales d'assurance de la recourante.

Cela étant, dans un arrêt du 23 octobre 1998 qui concernait une assurance collective d'indemnités journalières selon la loi sur le contrat d'assurance (arrêt 5C.176/1998 du 23 octobre 1998, consid. 2c), le Tribunal fédéral a considéré que l'article 61 LCA était l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en manière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Le Tribunal fédéral a confirmé cette jurisprudence dans un arrêt du 8 janvier 2001 (TF, arrêt 5C.211/2000).

Ainsi, dans une assurance collective d'indemnités journalières selon la loi sur le contrat d'assurance, l'article 61 LCA est applicable, quand bien même les conditions générales d'assurance ne s'y réfèrent pas ou ne contiennent pas une disposition analogue à cet article.

5. Il est plus délicat de déterminer si l'intimé disposait d'une capacité de travail de 50% pour la période litigieuse. Si les certificats médicaux établis par le

Dr F. le 17 mai 2005 et par le Dr E. le 14 avril 2005 semblent aller en ce sens, il ressort également du jugement que l'intimé a en particulier subi deux crises d'épilepsie généralisée en juillet 2006, c'est-à-dire à une époque incluse dans la période d'indemnisation litigieuse (jugement attaqué, p. 3). Les premiers juges ont relevé que l'intimé était atteint d'une affection chronique (épilepsie) et qu'un changement d'emploi était de surcroît entravé par les problèmes de dos qu'il rencontre. Ils ont par ailleurs admis que l'incapacité de travail de l'intimé n'était pas totale mais qu'elle était au moins de deux tiers dans l'activité d'employé de commerce (jugement attaqué, pp. 6 et 7). Au vu de ces éléments, des doutes subsistent quant à la possibilité pour l'intimé d'un reclassement dans une autre profession à raison de 50 % au moins. Il convient d'annuler le jugement et de retourner la cause au Tribunal des assurances qui pourra ordonner une expertise (art. 13 LTAs), afin de déterminer précisément la capacité de travail de l'intimé dans une autre profession.

6. Enfin, on relèvera, par économie de procédure, que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi ; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TF, arrêt 5C.211/2000 précité, consid. 4c et la référence citée).

En l'espèce, le courrier adressé le 6 décembre 2005 par la recourante à l'intimé répond formellement à l'exigence de l'avertissement de l'assuré posé par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

La recourante soutient qu'elle a averti l'intimé en temps utile et qu'elle lui a laissé un délai transitoire "plus que généreux". Le délai compté par la recourante depuis le printemps 2005, époque où une capacité de travail a été attestée médicalement, n'est pas déterminant. Seul compte le temps qui s'est écoulé depuis le 6 décembre 2005, date de la lettre de la recourante. On relève ici que le délai imparti a ainsi été inférieur à deux mois et de surcroît a couru pendant les fêtes de fin

d'année, époque peu propice pour recherche un nouvel emploi dans les conditions qui étaient celles de l'intimé.

7. En définitive, le recours doit être admis et le jugement annulé. La cause est renvoyée au Tribunal des assurances pour nouvelle instruction et nouveau jugement dans le sens des considérants.

L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Par ces motifs,  
la Chambre des recours du Tribunal cantonal,  
statuant en audience publique,  
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. Le jugement est annulé et la cause renvoyée au Tribunal des assurances pour nouvelle instruction et nouveau jugement dans le sens des considérants.
- III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.
- IV. L'arrêt motivé est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du 20 juin 2007

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

La greffière :

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 :

- A. Assurances SA,
- Me Joël Crettaz (pour X. ).

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 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, 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<sup>er</sup> LTF).

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

- Tribunal des assurances (au Palais).

La greffière :