

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R, juge

Membres : Mme Maire et M. Baud, juges

Greffier : M. Addor, greffier

* * * * *

Jugement du 11 janvier 2008

dans la cause

X., à Renens, demandeur,

contre

A., (ci-après : l'assureur), à Lausanne,
représentée par l'avocat Olivier Constantin, audit lieu, défenderesse.

En fait :

A. X., né en 1946, a exploité un salon de coiffure sous raison individuelle jusqu'au 30 novembre 2006; il a remis son commerce au 1^{er} décembre suivant.

Il était assuré pour une indemnité journalière en cas de maladie au titre d'un contrat collectif (bien qu'il fût le seul assuré) souscrit auprès de A., pour une durée s'étendant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008 (police n° 12.010.127). Cette couverture faisait suite à diverses polices similaires, renouvelées depuis le 15 mars 1993. Elle comportait une clause, dérogatoire aux conditions générales applicables par ailleurs à la police et conforme à la proposition d'assurance, qui prévoyait que : "En modification de l'article A 3 des CGA, le présent contrat d'assurance expire automatiquement lorsque l'entreprise cesse son activité".

Le contrat garantissait le 80 % du gain assuré (soit 30'000 fr.), avec délai d'attente de 30 jours, pour une ou plusieurs maladies, durant 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs (cf. l'art. 53 des conditions complémentaires d'assurance, éd. de juillet 2003).

L'assuré a été examiné par le Dr E., médecin conseil de l'assureur, le 8 janvier 2007. Dans son rapport daté du lendemain, ce praticien a posé les diagnostics suivants :

- Lombalgies chroniques; suspicion de canal lombaire étroit.
- Syndrome pluri-métabolique avec obésité, hypertension, dyslipidémie et suspicion d'AOMI.
- Tabagisme chronique.
- Status après prostatectomie radicale pour adénocarcinome de stade pT1c Gleason 6 (2004).
- Status après radiothérapie pour récurrence tumorale prostatique (juillet 2006).

Le Dr E. retient une incapacité de travail de 50 % du 17 juillet 2006 au 30 novembre suivant. En revanche, "l'incapacité de travail à 100 % dès le 01.12.2006 n'est pas justifiée dans la profession exercée de coiffeur". Ce praticien a précisé que "les lombalgies chroniques, à l'origine de l'incapacité de travail dès le 01.12.2006, et la claudication seront investiguées prochainement et il n'est pas exclu que des nouvelles périodes d'incapacité de travail soient nécessaires".

Le 9 mars 2007, l'assureur a résilié le contrat au 30 novembre 2006 en raison de la cessation de l'activité lucrative de l'assuré; partant, il a refusé toute prestation dès le 1^{er} décembre suivant.

B. X. a ouvert action contre A. par demande du 15 juin 2007, concluant au versement de prestations fondées sur une incapacité totale dès le 1^{er} décembre 2006.

Dans sa réponse du 27 septembre 2007, la défenderesse a conclu sous suite de frais et dépens au rejet de la demande.

Le 8 octobre 2007, le demandeur a confirmé sa position antérieure.

C. Interpellée par le juge instructeur, la défenderesse a fait savoir qu'aucun délai particulier n'avait été fixé au demandeur par l'assureur pour, cas échéant, exiger de lui un changement de profession. Elle a au surplus relevé que le demandeur n'est pas "en mesure de prouver son éventuelle incapacité de travail dès le 1^{er} décembre 2006".

E n d r o i t :

1. a) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 173.431]). La demande est dès lors recevable.

b) La couverture ici en cause est soumise à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA). La légitimation active du demandeur découle de l'article 87 LCA, s'agissant, formellement, d'une assurance collective. Il s'agit en outre d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), ce dont découle la compétence de la juridiction de céans. Il s'ensuit également que la procédure est régie par la maxime officielle (art. 85 al. 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance [LSA]).

2. a) La modification de la LCA par la loi fédérale du 17 décembre 2004, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, hormis certaines dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2007 (RO 2005 5245 ss), est sans effet sur les rapports de droit ici litigieux.

b) A teneur de l'article 11 alinéa 1er, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon 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. In casu, le risque assuré et les modalités de sa couverture sont, outre les exigences légales, définis par les conditions d'assurance.

Selon l'article 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1er). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie.

Selon la jurisprudence fédérale (arrêt du 23 octobre 1998, 5C.176/1998), l'article 61 LCA est l'expression du principe général commandant à l'assuré de réduire le dommage, cas échéant par un changement de profession, lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui et pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. aussi Ch. rec., arrêt du 20 juin 2007, V. c. S., 286/I).

3. a) Dans un arrêt du 8 janvier 2001 (ATF 127 III 106, RAMA 2001 KV 160 p. 172), le Tribunal fédéral a tranché la question de principe du droit aux prestations d'un assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, alors même qu'il continue à présenter une incapacité de travail à raison de la même affection, survenue antérieurement au terme du contrat d'assurance.

Il a statué que la résiliation du contrat de travail ne met pas fin au droit aux indemnités journalières, lorsque le sinistre – à savoir l'incapacité de travail – s'est produit pendant la période de couverture d'assurance. Dès lors, l'assureur est tenu d'allouer ses prestations jusqu'à extinction du droit aussi longtemps que les conditions contractuelles pour l'octroi desdites prestations sont remplies. Il n'y est pas tenu si le contrat d'assurance, respectivement les Conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) y applicables, prévoit explicitement que le droit aux prestations prend fin (ou est limité) avec l'échéance de la couverture. S'agissant d'un salarié, ce terme peut être la date de la résiliation des rapports de travail. In casu, à défaut de disposition contractuelle idoine, l'assureur a été tenu de poursuivre le versement des indemnités journalières au-delà de la date de la résiliation, jusqu'à échéance contractuelle des prestations.

b) Les conditions applicables au contrat ici en cause prévoient, à leur article 70, chiffre 3, que : "En modification de l'article A 3 des CGA, le présent contrat d'assurance expire automatiquement lorsque

l'entreprise cesse son activité". En outre, "En modification de l'article C7 des CGA, le chef d'entreprise et les membres de sa famille percevant un salaire fixe ne peuvent faire valoir le droit de passage dans une autre assurance individuelle de A. " (art. 70, ch. 6).

Cette clause est libellée avec toute la clarté requise pour être comprise de tout assuré faisant preuve de l'attention suffisante. Elle n'est pas insolite (cf. ATF 118 II 342, c. 1a; cf. aussi ATF 119 II 443; 122 III 118).

4. a) En l'espèce, il s'agit d'un cas de sortie d'une assurance collective. Le contrat prévoit expressément l'exclusion de toute prestation à l'issue de la couverture, qui peut procéder de la cessation de l'exploitation. Cette condition est remplie, sachant que le demandeur admet expressément l'allégué de la défenderesse selon lequel il a remis son salon au 1^{er} décembre 2006.

b) Il allègue cependant que c'est en raison de son état de santé qu'il y a été contraint. Cet allégué est conforté par l'incapacité de travail et par le caractère chronique de l'affection, à l'origine d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), déposée le 22 février 2007. L'âge de l'intéressé n'est pas suffisamment proche de celui auquel les indépendants prennent communément leur retraite (65 ans) pour que l'on puisse tenir pour avéré que le salon aurait été remis en tout état de cause à bref délai. Le fait que la remise du commerce ait été effectuée à titre onéreux n'est pas davantage déterminant car elle l'aurait été également lors de la retraite de l'exploitant.

Cela étant, la défenderesse se prévaut de l'avis du Dr E. Elle semble toutefois oublier que ce praticien a précisé que "les lombalgies chroniques, à l'origine de l'incapacité de travail dès le 01.12.2006, et la claudication seront investiguées prochainement et il n'est pas exclu que des nouvelles périodes d'incapacité de travail soient nécessaires".

Se pose dès lors la question d'un abus de droit de la défenderesse eu égard à la résiliation du contrat au 30 novembre 2006 en raison de la cessation de l'activité lucrative du demandeur selon l'article 70 chiffres 3 et 6 des conditions spéciales applicables au contrat.

c) L'assurance d'une indemnité journalière n'est valable qu'aussi longtemps que l'assuré exerce une activité lucrative. L'assureur n'est pas tenu à servir cette indemnité si l'assuré eût été privé de gain même en l'absence de maladie (RBA VII n° 34/54, cité par Carré, LCA annotée, Lausanne 2000, p. 33). En effet, l'éventualité en question est alors en dehors du risque assuré. Au vu de ces principes, l'on ne saurait retenir d'abus de droit à la charge de la défenderesse. Par identité de motifs, la question de savoir si la défenderesse était, au vu des principes posés par la jurisprudence à l'aune de l'article 61 LCA, tenue d'impartir au demandeur un délai pour changer de profession postérieurement au 30 novembre 2006 est sans objet, précisément du fait que tout rapport d'assurance avait alors pris fin, en d'autres termes que l'intéressé n'était plus assuré.

Partant, la défenderesse n'est pas tenue à verser des indemnités journalières après cette date.

5. En définitive, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

6. A teneur de l'article 26bis de la loi cantonale sur le Tribunal des assurances (LTAs), applicable par analogie dans le cadre d'une demande déposée devant le Tribunal des assurances, 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.

Dans les procédures d'action de droit administratif, aucune indemnité pour les frais de procès n'est allouée, en règle générale, aux

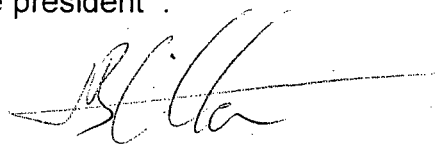
autorités qui obtiennent gain de cause et aux organismes chargés de tâches de droit public. Selon la jurisprudence du Tribunal des assurances (cf. TAss VD, R. c. B., jugement du 11 mai 2007, AMC 32/06 – 14/2007; TAss VD, N. c. A., jugement du 20 novembre 2006, AMC 27/05 – 18/2006), les assureurs-maladie sont assimilés à de telles autorités également dans les procédures relevant de l'article 12 alinéas 2 et 3 LAMal, de sorte que, en règle générale, aucune indemnité de dépens ne leur est allouée, qu'ils soient ou non représentés par un avocat. Il n'y a pas lieu de faire une exception à ce principe en l'espèce.

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

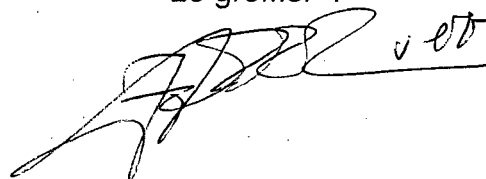
I. Les conclusions de la demande déposée le 15 juin 2007 par X. contre A. sont rejetées.

II. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :



Le greffier :



Du - 3 AVR. 2008

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.

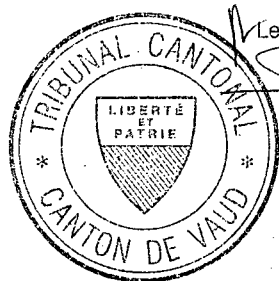
Si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF – RS 173.110). Même lorsque la valeur litigieuse minimale 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).

Le greffier :

EXPÉDITION CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL



Le greffier: