

S2 15 29

JUGEMENT DU 8 FEVRIER 2017

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Candida Prada, greffier

en la cause

A., demanderesse, représentée par Maître Philippe Gorla,

contre

X. Assurances, défenderesse

(assurance collective perte de gain en cas de maladie, conditions générales et sort des
prestations en cours après l'extinction de la couverture d'assurance)

Faits

A. A., née le 7 décembre 1958, ressortissante suisse, divorcée, domiciliée à _____ (France), a travaillé à partir du 1^{er} juillet 1982 comme aide-soignante auprès de l'entreprise B. à _____ d'abord à plein temps, puis à temps partiel dès le 1^{er} mai 1986 (à des pourcentages compris entre 50% et 80%).

Son employeur a souscrit avec X. Assurances (ci-après: X.), sise à _____, une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie. Le contrat prévoyait le versement de 730 indemnités journalières équivalant à 100% du salaire durant la première année après une période d'attente de 60 jours et à 80% du salaire dès le 361^e jour.

Le 20 janvier 2011, l'entreprise B. a adressé à la CNA (assureur-accident) une première déclaration d'incapacité de travail concernant son employée dans laquelle il a mentionné une incapacité de travail depuis le 15 janvier précédent en raison d'une chute intervenue la veille dans des escaliers.

Dans un rapport du 7 avril 2011 à l'attention de la CNA, le Dr C., spécialiste en neurologie, a retenu dans son anamnèse les éléments suivants :

- 19 février 2002 : la patiente a chuté sur une plaque de verglas subissant une commotion cérébrale et des séquelles sous forme de cervicalgies fréquentes qui l'ont empêchée de travailler durant six semaines ;
- octobre 2008 : elle a présenté des épisodes vertigineux non invalidants durant six mois. Ces troubles n'ont pas complètement disparu depuis ;
- 17 août 2010 : elle est tombée sur le dos dans des escaliers et des douleurs lombaires et cervicales persistantes ainsi qu'une interruption complète de travail s'ensuivirent. Une reprise de l'activité habituelle à mi-temps à partir du 1^{er} décembre 2010 s'est soldée par un échec deux semaines plus tard ;
- 17 septembre 2010 : des radiographies de la colonne cervicale mettent en évidence des troubles dégénératifs sévères ;

- 20 décembre 2010: une IRM montre des troubles statiques et dégénératifs pluri-étagés prédominant en C5-C6 et C6-C7, sans signe de compression radiculaire ou médullaire ;
- 14 janvier 2011 : l'intéressée a chuté dans des escaliers (à cause de ses vertiges selon elle). Cet accident a aggravé les douleurs vertébrales, provoqué d'autres douleurs au niveau de l'épaule et du bras droits (calcification du labrum droit) et causé un traumatisme à la main gauche (petite fracture traitée conservativement) ainsi que des contusions multiples à la cuisse droite ;
- 31 janvier 2011 : elle a consulté le Dr D., neurologue, pour ses cervicalgies et paresthésies distales du membre supérieur droit. Ce spécialiste a relevé une contracture musculaire paravertébrale au niveau cervical sans déficit sensitif ou moteur et avec des réflexes présents.

Le Dr C. a posé le diagnostic de cervicalgies post-traumatiques et souligné que si des lésions dégénératives assez importantes existaient déjà avant l'accident d'août 2010, ce dernier était à l'origine d'une détérioration de la situation. Il a conclu à une incapacité totale de travail et recommandé une reprise d'activité de nuit, moins contraignante physiquement (rapport du 7 avril 2011).

Dans son rapport du 28 juin 2011, le Professeur E., spécialiste en neurologie, a indiqué soupçonner le développement chez l'intéressée d'un état dépressif nécessitant un suivi psychiatrique.

Du 10 août 2011 au 21 septembre 2011, l'assurée a été prise en charge par la F. à _____ pour ses douleurs cervicales, lombaires ainsi qu'à l'épaule et membre inférieur droits. A l'issue de ce séjour, le Dr G., spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation auprès de la clinique F. a retenu dans son rapport du 26 septembre 2011 que la situation de la patiente n'évoluait pas favorablement et que sur le plan psychique cette dernière souffrait d'un syndrome dépressif modéré. Il a en outre confirmé qu'elle était (depuis le 14 janvier 2011) toujours inapte à travailler et ce jusqu'au 9 octobre 2011 et a suggéré dans un but thérapeutique une reprise de l'activité habituelle dès le 10 octobre suivant.

Le 23 janvier 2012, l'intéressée a recommencé son activité de veilleuse de nuit à 50%. Cette reprise s'avérant toutefois peu concluante, son employeur lui a donné un horaire de jour durant deux mois avant qu'elle ne puisse reprendre à nouveau son activité de nuit.

Le 27 juin 2012, le Dr H., spécialiste en médecine physique et réadaptation a conclu à l'issue de son examen que sa patiente présentait une capacité de travail de 50%.

Le 8 octobre 2012, l'intéressée a été informée oralement par son employeur qu'il entendait mettre un terme à leur relation contractuelle car ses absences prolongées perturbaient l'organisation et le bon fonctionnement de l'entreprise (**pièces 3 et 4**). Selon l'assurée, ses supérieurs lui auraient déclaré : « Il nous faut des gens forts pour notre nouvel établissement ».

Le 21 novembre 2012, l'entreprise B. a rempli une déclaration d'incapacité de travail maladie. Il y a mentionné que son employée présentait depuis le 11 juillet 2012 une nouvelle incapacité de travail, qu'elle n'avait plus travaillé depuis le 13 juin 2012.

A partir du mois de janvier 2013, l'assurée a commencé à consulter à raison d'une fois tous les dix jours le Dr I., psychiatre à _____ (France).

Invité par X. à remplir un questionnaire médical, le Dr J., spécialiste en médecine générale, a posé notamment un diagnostic de dépression anxieuse (septembre - octobre 2012) et de status post accidents (17 août 2010 et 14 janvier 2011). Il a indiqué que la symptomatologie se manifestait principalement par une humeur dépressive, des troubles somatiques, une aboulie, des vertiges, des troubles du sommeil, une baisse de l'estime de soi et une idéation négative. Il a confirmé une incapacité de travail de 100% dès le 9 octobre 2012 et ajouté qu'une reprise à mi-temps d'une activité adaptée serait envisageable au printemps ou à l'été 2013 (rapport du 19 mars 2013).

Par pli recommandé du 11 avril 2013, l'intéressée s'est vue signifier son congé pour le 31 juillet 2013. A cette occasion, son employeur lui a rappelé qu'elle avait la possibilité soit de conclure une nouvelle assurance-accident auprès de son assureur-maladie soit de demander la prolongation de sa couverture accident auprès de X. (police _____). S'agissant de l'assurance perte de gain en cas de maladie, il lui a également indiqué qu'elle pouvait solliciter son libre passage dans une assurance individuelle auprès de X. conformément aux conditions générales d'assurance de X.

Le 23 avril 2013, X. a chargé la clinique K. de procéder à une expertise psychiatrique de l'intéressée afin de définir d'éventuelles limitations fonctionnelles

médicales et d'examiner cas échéant les possibilités thérapeutiques et de réadaptation. Cet examen s'est déroulé le 14 mai suivant.

Le 30 avril 2013, la CNA a cessé de verser à l'intéressée les indemnités journalières accident qu'elle lui servait depuis le 1^{er} octobre 2012.

Le 14 mai 2013, le Dresse L., spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la clinique K. a informé X. qu'au terme de son expertise, elle considérait que l'intéressée présentait une pleine capacité de travail dès cette date.

Dans son rapport du 14 juin 2013 (consilium psychiatrique), la Dresse M., du service de psychosomatique de la clinique F. a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Elle a conclu que l'intéressée était totalement incapable de travailler vu l'intensité de son état dépressif.

Le 26 juin 2013, la Dresse L. a rendu son rapport d'expertise dans lequel elle a confirmé que l'expertisée était capable de se gérer au quotidien et de prendre soin d'elle bien que vivant un peu en retrait sur le plan social en raison de ses horaires de nuit et de sa personnalité. L'experte-psychiatre a en outre retenu que bien que l'intéressée se plaignait de problèmes de concentration et d'attention, cette dernière était très au fait de sa situation médicale et professionnelle. A l'examen clinique, elle a observé que si l'assurée ne répondait pas directement aux questions, son discours revendicatif « exagéré et excessif » était maîtrisé, peu fluide, et n'avait surtout pas permis d'apporter des informations sur d'éventuels antécédents familiaux ou sur le fonctionnement de l'assurée. L'experte a ajouté qu'elle n'avait durant l'entretien et conformément à la classification internationale des maladies (CIM-10) retrouvé aucun signe en lien avec une symptomatologie d'allure dépressive et anxieuse ni de trouble d'allure psychotique ou de symptôme spécifique. Concernant le dépistage de médicaments (Stablon [tianeptine] 12.5 mg ½ cp 2 fois par jour), il s'est révélé en dessous de la fourchette thérapeutique attendue, ce qui tendait à décrédibiliser les propos de l'expertisée et à renforcer l'idée d'une exagération des réponses données lors des tests de Spielberger (STAI-Y) et de Beck-II. S'agissant des rapports contradictoires des médecins traitants attestant d'une dépression anxieuse, l'experte les a écartés dans la mesure où le diagnostic retenu n'avait pas été posé conformément aux règles CIM-10, que les symptômes d'anxiété et de dépression (et non pas de dépression anxieuse) étaient une réaction à l'annonce du licenciement et que les troubles avaient été influencés par les circonstances. Dès lors, selon l'experte on ne pouvait retenir jusqu'au jour de l'expertise qu'une réaction dépressive brève

(F43.20) en phase de status-post, diagnostic qui n'était actuellement plus justifié du fait de l'absence de toute manifestation clinique démontrant une quelconque détérioration psychiatrique grave et évolutive. L'experte a donc conclu qu'au jour de l'examen l'expertisée ne présentait sur le plan psychiatrique aucune limitation, de sorte que sa capacité de travail dans son activité d'aide soignante à temps partiel était entière dès le 14 mai 2013.

Par pli du 2 juillet 2013, l'assureur a informé l'intéressée qu'il mettrait fin au service de ses prestations au 9 juillet 2013 au plus tard, vu sa pleine capacité de travail attestée médicalement dès le 14 mai 2013.

Le 20 septembre 2013, la Dresse N., spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à qui l'assurée a été adressée par la clinique F., a contesté le diagnostic posé par l'experte. Elle a indiqué que sa patiente souffrait toujours d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) en lien avec son licenciement et l'accumulation de difficultés liées à ses accidents. Elle a ajouté que l'intensité et la durée de l'état dépressif excédaient le registre du trouble de l'adaptation et avaient nécessité une prise en charge par la clinique F. du 12 juin 2013 au 16 juillet 2013, soit juste après que l'experte avait rendu ses conclusions. Elle a donc invité X. à réévaluer sa position.

Le 23 septembre 2013, le Dr J. a indiqué à X. avoir été choqué par les conclusions de l'experte. Il a rappelé que sa patiente était suivie par la Dresse N. à raison de deux fois par semaine pour une dépression sévère et qu'elle était encore totalement incapable de travailler.

Dans son rapport du 24 septembre 2013, le Dr I. a également critiqué les conclusions de l'experte soulignant qu'en présence d'une réaction dépressive supérieure à six mois, on ne pouvait pas retenir le critère de brièveté pour cette maladie. Il a ajouté que lors du séjour de sa patiente à la clinique F. un traitement antidépresseur avait été mis en place, confirmant ainsi l'existence d'un épisode dépressif avéré. Finalement, il a conclu que le syndrome dépressif était toujours présent et ne permettait pas d'envisager une reprise du travail.

Le 10 octobre 2013, l'intéressée, représentée par Me Philippe Gorla, a contesté formellement l'expertise K. réalisée en une seule journée et dont les conclusions étaient en totale contradiction avec non seulement celles de ses trois médecins traitants (rapport du 20 septembre 2013 de la Dresse N., du 23 septembre 2013 du Dr J. et du 24 septembre 2013 du Dr I.) mais également avec celles de

la clinique F. (rapports des 14 juin 2013 et 9 septembre suivant de la clinique F.). L'assurée a donc invité X. à reprendre le versement des indemnités journalières interrompue depuis le 9 juillet 2013.

Le 10 décembre 2013, X. a répondu qu'elle poursuivrait le paiement des indemnités journalières, mais jusqu'au 31 juillet 2013, date à laquelle les rapports de travail avec l'entreprise B. avaient pris fin. X. a versé à l'assurée du 9 octobre 2012 au 31 juillet 2013 236 indemnités journalières (délai d'attente de 60 jours inclus) en cas de maladie, soit un montant total de 15 641 fr. 50 après déduction des indemnités versées par l'assureur accident [CNA] (= (296-60) x 140 fr. 25 - 1930 fr. 80 - 12 147 fr. 95 - 2413 fr. 50 - 965 fr. 25).

Le 21 janvier 2014, l'assurée a rétorqué que son incapacité de travail était intervenue durant les rapports de travail, soit le 9 octobre 2012 et que les conditions générales d'assurance ne comportaient aucune clause particulière limitant ou restreignant son droit aux prestations en cours malgré la résiliation de son contrat de travail et sa sortie du cercle des assurés.

Se référant aux renseignements communiqués par son employeur au sujet du droit de passage dans une assurance individuelle perte de gain, X. a rappelé à son assurée le 6 février 2014 qu'elle n'avait entrepris aucune démarche dans les 90 jours suivant la sortie du contrat collectif pour son transfert dans une assurance individuelle et que dès lors son droit de passage s'était éteint. Fort de ce constat, elle a maintenu sa position du 10 décembre 2013.

B. A. a ouvert action contre X. devant la Cour de céans le 13 avril 2015, concluant à la constatation de son incapacité de travail du 14 mai 2013 au 31 décembre 2014, au versement par la défenderesse des sommes de 67 179 fr. 75 (= 479 jours x 140 fr. 25) avec intérêts à 5% dès le 1^{er} août 2013 au titre d'indemnités journalières et de 6280 fr. au titre d'honoraires avant procès, sous suite de frais et de dépens. A l'appui de sa demande, elle a déposé une liasse de certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2014. Elle a en outre contesté les conclusions de l'expertise K. critiquant le ton de l'experte qui à son sens excédait la sphère objective et non émotionnelle. Elle a en outre souligné que tous ses médecins traitants la considéraient totalement incapable de travailler. Elle a également rappelé que peu après la production de l'expertise K., elle avait séjourné trois semaines à la clinique F. au cours desquelles un consilium psychiatrique avait attesté une incapacité totale de travail. En outre, elle a déduit qu'en reprenant le

versement des prestations jusqu'au 31 juillet 2013, X. avait désavoué les conclusions de l'expertise K. Puis, se référant à une jurisprudence genevoise (ATAS/1168/2007), elle a affirmé que le versement de prestations fondées sur la LCA ne dépendait pas d'une affiliation. Invoquant une confusion de X. entre la couverture du risque et le droit aux prestations (cf. lettre du 10 décembre 2013 et art. 10, 12 et 14 CGA), elle a souligné que si la fin de son contrat de travail ou sortie du cercle des assurés mettait fin à la couverture d'assurance, ces événements, en l'absence de clause contractuelle contraire claire et non insolite, n'impactaient en revanche nullement la durée du versement d'indemnités journalières dues sur la base d'un sinistre intervenu avant la fin de la couverture d'assurance. Finalement, elle a ajouté que dans cette dernière hypothèse une demande de libre passage dans une assurance individuelle n'était pas pertinente.

Dans sa réponse du 28 mai 2015, X. a conclu au rejet de la demande en paiement de son assurée sous suite de frais et dépens. Elle a rappelé d'une part que X. ne couvrait dans le cadre de l'assurance collective que le risque maladie et que d'autre part, les certificats médicaux des Drs O. de la clinique F. et H. attestaient d'une incapacité de travail pour cause d'accident de 100 % du 12 juin 2013 au 16 août 2013 pour le premier respectivement du 1^{er} août 2013 au 30 novembre 2013 pour le second. L'assureur a maintenu qu'il avait, à juste titre et conformément à ses conditions générales, cessé de prester au-delà du 31 juillet 2013, soit à la fin de la couverture d'assurance du fait de l'absence de transfert dans une assurance individuelle. Se référant à l'article 10 alinéa 3 de ses conditions générales, X., contestant toute qualification de caractère insolite de cette disposition a affirmé qu'aussi bien la couverture d'assurance que le droit aux prestations cessaient lorsqu'un assuré sortait du cercle de ses assurés, notamment lors de la résiliation de rapports de travail.

Dans sa réplique du 29 juin 2015, la demanderesse a contesté l'argumentation de la partie défenderesse tout en rappelant les arguments de sa demande.

Le 7 septembre 2015, X. a dupliqué en reprenant les développements de sa réponse et a précisé que dans l'hypothèse où l'article 10 alinéa 3 CGA devait être qualifié de disposition insolite, cette singularité ne serait pas opposable puisque l'employeur de la demanderesse avait, dans son pli du 11 avril 2013, attiré l'attention de cette dernière sur la possibilité d'un libre passage dans une assurance individuelle, opportunité qu'elle avait choisi de ne pas concrétiser.

Par pli du 29 septembre 2015, la partie demanderesse a informé la Cour que si elle renonçait à des plaidoiries orales, en revanche elle sollicitait la possibilité de déposer des plaidoiries écrites.

Dans sa plaidoirie écrite du 19 octobre 2015, la demanderesse a confirmé ses conclusions et repris son argumentation retenant des méprises de la défenderesse entre les prestations de la LAMal et celles de la LCA ainsi qu'entre la couverture d'assurance et le droit aux prestations. Elle a ajouté que les CGA de X. ne contiennent aucune clause relative à la suppression des indemnités pour les sinistres déjà survenus et que dans le cas contraire, elle aurait dû figurer à l'article 12 voire 14 des CGA. S'agissant du libre passage, la demanderesse a invoqué l'article 9 LCA consacrant la nullité du contrat lorsqu'à sa conclusion le sinistre est déjà survenu.

Dans sa plaidoirie écrite du 30 octobre 2015, la défenderesse a maintenu ses conclusions et renvoyé à l'article 10 chiffre 3 lettre CGA qui prévoit que lorsqu'un assuré ne fait plus partie du cercle des assurés, son droit aux prestations est supprimé au-delà de la période de couverture du contrat d'assurance collective. Finalement, elle a ajouté que cette clause était tout à fait usuelle dans la branche rejetant ainsi tout caractère insolite de cette disposition.

Considérant en droit

1.1 Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé et est soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) conformément à l'article 12 alinéa 2 et 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et aux conditions générales d'assurance (CGA) de X. Assurances concernant l'assurance de couverture collective d'une indemnité journalière maladie selon la LCA (édition 01.01.2011/PCMAM02-F10, art. 2 ch. 3 CGA).

Aux termes de l'article 7 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Sur cette base, l'article 5 alinéa 1 lettre a de la loi d'application du code de procédure civile suisse du 11 février 2009 (LACPC) prévoit que le Tribunal cantonal connaît, en instance cantonale unique, des affaires civiles relevant notamment de l'article 7 CPC. A teneur

de l'article 10 chiffre 14 LACPC, l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie est modifié comme suit : le Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance cantonale unique les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal (arrêt 4A_241/2015 du 20 octobre 2015, consid. 2).

Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 LOJ et art. 65 al. 2 LPJA) la compétence de traiter les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. La Cour de céans est dès lors compétente *ratione materiae* pour connaître du présent litige.

1.2 En vertu de l'article 32 alinéa 1 lettre a CPC, en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs - dont font partie les contrats conclus en matière d'assurance accidents ou maladie privée (ATF 4A_575/2013 du 11 mars 2014 consid. 2.2), le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. De même, l'article 33 chiffre 2 CGA prévoit qu'en cas de contestation, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse soit ceux du siège de l'assureur.

La Cour de céans est dès lors également compétente *ratione loci* à raison du siège de la partie défenderesse.

1.3 La procédure de conciliation n'a pas lieu d'être dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4), ce qui est le cas en Valais (art. 2 al. 1 de l'ordonnance cantonale du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie).

1.4 A teneur de l'article 243 alinéa 2 lettre f CPC, la procédure simplifiée s'applique, quelle que soit la valeur litigieuse, aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'article 243 alinéa 2 CPC (art. 247 al. 2 let. a CPC).

2 Le présent litige porte sur le droit de l'assurée à des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2013, date de la fin des rapports de travail, pour un sinistre intervenu antérieurement lorsqu'elle faisait encore partie du cercle des assurés.

3.1 Selon la jurisprudence, le droit aux prestations dans une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA ne dépend pas d'une affiliation, contrairement à l'assurance collective d'indemnités journalières selon les articles 67 ss LAMal. Dès lors, si un sinistre survient pendant la période de couverture de l'assurance collective et que l'assuré vient à sortir ultérieurement de cette assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat (i.e. résiliation du contrat de travail), il pourra faire valoir son droit à la continuation du service des prestations, sauf si une clause conventionnelle prévoit une limitation ou la suppression de ce droit (ATF 127 III 106 c. 3, arrêt 4A_186/2010 du 3 juin 2010 consid.3).

3.2 On rappellera également qu'à la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale (LAMal), les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi. Elles relèvent du principe de la liberté contractuelle avec les restrictions propres au droit des assurances régi par la LCA. Cette liberté implique non seulement celle de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (ATF 124 V 201; Gustavo Scartazzini/Marc Hürzeler, Bundesversicherungsrecht, 4^e éd., 2012, p. 443, ch. 2, Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 107). Ainsi, Les parties sont libres dans la détermination du contenu de leur contrat (art. 19 al. 1 CO en relation avec l'art. 100 LCA), sauf dispositions impératives et semi-impératives de la loi (art. 97 et 98 LCA). Les parties peuvent intégrer des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions particulières à leur contrat qui en feront partie intégrante (cf. Vincent Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, p. 120 ss). Elles peuvent également y inclure des clauses négociées, qui le plus souvent dérogent aux conditions générales, par exemple une réserve (ou exclusion) de couverture (arrêt 4A_352/2014 du 9 février 2015 consid. 4.1.1).

3.3 La LCA ne contient pas de normes d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO). Si cette volonté ne peut être établie en fait, le juge interprétera les déclarations et les comportements des parties selon le principe de la confiance, en

établissant le sens que, d'après les règles de la bonne foi, les parties pouvaient et devaient donner à leurs manifestations de volonté réciproques, qu'elles soient contenues dans le contrat lui-même ou dans des conditions générales qui en font partie intégrante. Il convient de vérifier comment le destinataire de ces manifestations de volonté pouvait les comprendre de bonne foi, en recourant à l'interprétation objective des termes figurant dans le contrat et les conditions générales. Le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi en lisant le contrat et les conditions générales. Quand l'assureur entend apporter des restrictions ou des exceptions, il lui appartient de le dire clairement (ATF 135 III 410 consid. 3.2, 133 III 675 consid. 3.3 et arrêts 4A_352/2014 du 9 février 2015 consid. 5.1 et 4A_567/2009 du 4 février 2010 consid. 2.1).

3.4 Les assureurs ont apporté diverses solutions à la situation qui nous occupe, soit celle « des prestations après extinction de la couverture ». Elles peuvent se résumer en trois réglementations différentes (Stephan Fuhrer, Kollektive Krankentaggeldversicherung: aktuelle Fragen, In: Annales SDRCA 2014. p. 88 ch. 36). La première réglementation consiste à continuer le service des prestations contractuelles au-delà de la fin de la couverture d'assurance ; la deuxième à arrêter la couverture d'assurance dès la sortie du cercle des assurés ; et la troisième, un peu plus précise que la seconde, prévoit que la couverture mais également le droit aux prestations cessent avec la sortie du cercle des assurés (art. 10 ch.3 let. a CGA de X. Assurances : « La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés ... », cf. Stephan Fuhrer, op.cit.).

4.1 En l'occurrence, la demanderesse a invoqué une confusion commise par la défenderesse entre la couverture d'assurance et la fin du droit aux prestations. En outre, se référant à un arrêt genevois de 2007 (ATAS/1168/2007) concernant un autre assureur et donc des conditions générales d'assurances autres que celles de la présente cause, elle a déclaré que l'article 10 chiffre 3 des conditions générales d'assurance de X. Assurances devait être interprété, du point de vue systématique, comme un rappel dans le sens que pour les sinistres qui surviennent lorsque l'assuré ne fait plus partie du cercle des assurés, l'assureur n'est tenu à aucune prestation.

Une lecture attentive de l'article 10 alinéa 3 lettre a CGA de X. ne permet pas, en l'espèce, à la Cour de suivre le raisonnement de la demanderesse. En effet, il ressort clairement de cette disposition que la sortie du groupe des assurés entraîne non

seulement la fin de la couverture d'assurance pour d'éventuels sinistres ultérieurs, mais aussi la fin du droit aux prestations pour les événements intervenus alors que l'assuré était encore assuré collectivement. Cette interprétation a d'ailleurs été retenue non seulement par la défenderesse et par l'ancien employeur de la demanderesse, les parties principales au contrat d'assurance, mais également par Stephen Führer dans son article (op. cit.). On relèvera également au passage que si un employeur peut souhaiter se couvrir contre le risque de devoir s'acquitter du salaire d'employés malades en concluant une assurance collective perte de gain, il peut aussi a contrario accepter ou être amené de devoir supporter des indemnités journalières après un licenciement, si ces dernières sont prévues contractuellement ou conventionnellement par le biais d'une convention collective de travail (ATF 127 III 318 consid. 3 et 4).

4.2 Concernant l'argument du caractère insolite de la clause litigieuse (art. 10 ch. 3 let. a CGA) soulevé par la demanderesse, il doit être également écarté. En effet, dans un arrêt du 19 mai 2008, le Tribunal fédéral a confirmé qu'une clause conventionnelle limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture n'était pas insolite mais conforme à sa jurisprudence (ATF 127 III 106 consid. 3b et arrêt 4A_120/2008 du 19 mai 2008 consid. 2.2).

4.3 Constatant que la demanderesse n'a pas sollicité son passage dans une assurance individuelle perte de gain en cas de maladie, comme suggéré par son employeur, la défenderesse ne peut être tenue à verser les indemnités réclamées par la demanderesse.

Partant, la demande, entièrement mal fondée, doit être rejetée dans toutes ses conclusions.

5. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). La défenderesse, non représentée par un avocat, n'a pas droit à des dépens (art. 95 al. 3 CPC).

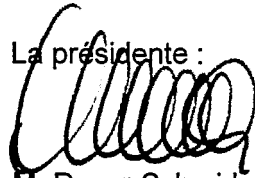
Prononce

1. L'action ouverte par A. à l'encontre de X. Assurances est rejetée.
2. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

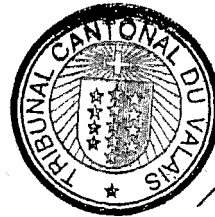
Sion, le 8 février 2017

Cour des assurances sociales

La présidente :



E.-M. Dayer-Schmid



Le greffier :



C. Prada

Voie de droit

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Il est au surplus renvoyé au système des voies de droit de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF) qui régleme aussi le mémoire de recours et ses annexes (art. 42 LTF).

Expédié

sous pli recommandé à