

# VD\_FINDINFO HC / 2012 / 515 vom 2. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_HC\\_\\_\\_2012\\_\\_\\_515](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2012___515)

FR: VD\_FINDINFO HC / 2012 / 515 du 2 août 2012

IT: VD\_FINDINFO HC / 2012 / 515 del 2 agosto 2012

## Regeste

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, ASSURANCE COLLECTIVE | 2 al. 1 CC, 156 CO, 97 CO, 267 CPC, 335 CPC, 340 al. 1 CPC, 46 al. 1 LASV, 46 al. 2 LASV, 85 al. 2 LSA, 106 LPA-VD, 108 al. 1 LPA-VD, 109 al. 2 LPA-VD, 308 al. 1 let. a CPC (CH), 308 al. 2 CPC (CH), 313 al. 1 CPC (CH), 7 CPC (CH)

## Erwägungen

### E. 1

a) Le jugement entrepris est daté du 21 décembre 2011 et le dispositif a été expédié aux parties le 23 décembre 2011, soit après l'entrée en vigueur du CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008; RS 272), de sorte que la procédure de recours est régie par celui-ci (art. 405 al. 1 CPC), lequel s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, peu importe qu'il soit soumis à la juridiction civile ou qu'il reste de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC; Rüetschi, in Sutter-Somm/Hasenböhler/ Leuenberger, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Zurich-Bâle-Genève 2010, n. 15 ad art. 7 CPC). La Cour d'appel civile du Tribunal cantonal est compétente *ratione materiae* pour en connaître (84 al. 1 LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01; JT 2011 III 143). b) L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC). Celle-ci est déterminée par le dernier état des conclusions des parties en première instance (Jeandin, CPC commenté, Bâle 2011, n. 13 ad art. 308 CPC, p. 1243). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel, dans les trente jours à compter de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC). Formé en temps utile par une partie qui y a un intérêt digne de protection (art. 59 al.

### E. 2

a) L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (Jeandin, op. cit., nn. 2 ss ad art. 310 CPC, p. 1249). Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (*ibidem*, n. 6 ad art. 310 CPC, pp. 1249-1250). L'état de fait du jugement attaqué a ainsi été complété ci-dessus sur la base des pièces au dossier de première instance. b) Les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance, bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives

(Jeandin, op. cit., n. 6 ad art. 317 CPC, p. 1265). Il appartient à l'appelant de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (CACI 14 mars 2011/12 c. 2 in JT 2011 III 43).

### **E. 3.1**

L'appelante invoque tout d'abord une constatation inexacte des faits par la Cour des assurances sociales dès lors que le montant de 61'536 fr. 25 a été réclamé avec intérêts à compter du 3 octobre 2007 et non du 3 octobre 2006 et que selon courrier adressé le 14 décembre 2009 au conseil de l'intimée par la Caisse interprofessionnelle AVS, l'intimée aurait eu droit, en cas d'invalidité totale, à une rente d'invalidité mensuelle AI de 2'150 fr. en 2006, respectivement de 2'210 fr. en 2007. L'état de fait a pu être rectifié et complété pour tenir compte des griefs de l'appelante (lettre C supra), lesquels demeurent néanmoins sans incidence sur l'issue du litige (c. 3.2c/cc) ci-dessous).

### **E. 3.2**

L'objet du litige porte sur l'étendue du droit aux prestations d'assurance de l'intimée, soit en particulier sur la question de savoir si elle a droit au versement d'indemnités journalières pour la période du 1<sup>er</sup> août 2006 au 28 février 2007. a) aa) Pour déterminer si l'intimée a droit aux prestations en question, il faut examiner si elle était atteinte, pendant cette période, d'une incapacité significative de travail (25% ou plus). A cet égard, l'appelante reproche dans un premier moyen à la Cour des assurances sociales d'avoir donné valeur probante aux opinions des médecins traitants sans motiver de façon valable la décision de ne pas prendre en compte les expertises mises en œuvre par l'appelante qui attestaient une capacité de travail de l'intimée. bb) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 c. 5b; ATF 125 V 193 c. 2 et les références; TF 8C\_657/2009 du 15 novembre 2010 c. 4.1; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 c. 2; TF 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010 c. 4.2; TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 c. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 c. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009 c. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 c. 1.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V

231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 c. 5; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 c. 3.1; TF 9C\_921/2010 du 23 juin 2010 c. 3.1; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 c. 4.1). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C\_547/2010 du 26 janvier 2011 c. 2.2; TF 8C\_420/2010 du 27 octobre 2010 c. 4.3; TF 8C\_65/2010 du 6 septembre 2010 c. 3.1; TF 9C\_53/2009 du 29 mai 2009 c. 4.2 et les arrêts cités). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cd. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). cc) En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'intimée n'a souffert d'aucune affection somatique susceptible de réduire sa capacité professionnelle pour la période litigieuse. Dans ces circonstances, les rapports médicaux établis par la Dresse C.\_\_\_\_\_ les 28 octobre 2005 et 16 avril 2010 ainsi que son avis du 25 septembre 2006 concernant la gravité de l'état dépressif de sa patiente ne doivent pas être pris en compte, dès lors que celle-ci, spécialiste en médecine interne, ne dispose pas d'une formation particulière pour évaluer les troubles psychiatriques allégués. De même, les avis du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'appelante et spécialiste en médecine interne, et du Dr B.\_\_\_\_\_, neurochirurgien qui s'est principalement intéressé aux problèmes lombaires de la patiente, n'ont pas de pertinence dans le cadre de ce litige. Dans le cadre de l'instruction, quatre médecins psychiatres ont exprimé leur avis : le Dr G.\_\_\_\_\_, mandaté par l'appelante pour une expertise psychiatrique, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 9 mai 2006 et la Dresse F.\_\_\_\_\_, psychiatre mandatée par l'intimée début 2007 pour établir un rapport médical indépendant. Le Dr E.\_\_\_\_\_ s'est également exprimé. Il n'a cependant pas suivi l'intimée pendant la période précédant février 2007 si bien que son avis peut être d'emblée écarté. L'appelante considère que seul le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2006 doit être pris en compte et relève que celui-ci atteste d'une capacité de travail déjà au moment de l'établissement du rapport puis surtout au début de la période litigieuse, soit à compter du 1<sup>er</sup> août 2006. Il est exact que l'on peut lire dans le rapport que "la capacité actuelle de travail paraît encore de 100% dans la profession d'assistante de direction". Il s'agit cependant d'un lapsus malheureux. En effet, dans le même paragraphe, le psychiatre insiste sur le temps nécessaire à la guérison malgré les traitements déjà mis en place, l'évolution lente de la maladie et les éléments extérieurs qui expliquent que les symptômes perdurent. Ces éléments ne peuvent être compris que comme les motifs d'une incapacité de travail.

D'ailleurs l'expert conclut en ce sens que la question d'une reprise professionnelle pleine et entière devra se poser ultérieurement et il déclarera par la suite avoir eu un entretien avec le médecin traitant de l'intimée afin que celui-ci adapte le traitement et suive l'évolution de l'incapacité de travail (pièce requise, courrier du 3 mars 2010). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, on doit en déduire que le passage précité comprend une erreur manifeste dont l'appelante ne saurait se prévaloir et c'est bien une incapacité de travail de 100% qui a été retenue au moment où l'expert a rencontré l'intimée. L'appelante déduit ensuite de ce rapport que l'intimée n'était plus en incapacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> août 2006. Elle se réfère à cet égard aux conclusions du rapport. Or l'expert conditionne la reprise du travail à une évolution normale des choses et indique expressément qu'il y a un risque de chronification des plaintes qui pourrait empêcher la reprise du travail. Comme relevé par les premiers juges, bien que pronostiquant une évolution favorable, avec à nouveau une capacité entière de travail, pour une date postérieure au dépôt dudit rapport, l'appelante devait savoir à ce moment qu'il existait un risque que l'évolution ne soit pas aussi favorable que prévu et ne pouvait justifier la cessation du versement des indemnités journalières sur la base de ce seul document. Par la suite, l'appelante n'a pas demandé à l'intimée qu'elle se soumette à nouveau à un expert qu'elle aurait mandaté. Dans ces conditions, les appréciations des Drs T. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, cette dernière étant d'ailleurs censée donner un avis d'expert, sont suffisantes. Le médecin traitant a pu suivre l'évolution de l'intimée pendant des mois et a clairement estimé qu'elle était en incapacité de travail jusqu'au 28 février 2007. La Dre F. \_\_\_\_\_, qui a rencontré l'intimée à cinq reprises et qui n'a pas de lien thérapeutique avec elle, a estimé qu'une reprise de travail à 100% ne pouvait être envisagée qu'à compter du mois de mars 2007. Ces deux psychiatres ont émis un avis concordant et c'est à bon droit que les premiers juges ont considéré qu'il fallait le suivre. Au demeurant, l'appelante n'ayant pas demandé à l'intimée de se soumettre à un médecin qu'elle aurait mandaté pour réévaluer la situation comme le lui permettait l'art. 8 CGA, elle ne saurait remettre en cause l'avis des médecins précités sous prétexte de défaut d'impartialité. Pour les mêmes motifs, il n'y a pas lieu de faire droit à la requête de l'appelante de mettre en œuvre une expertise judiciaire, d'autant que plus de cinq ans se sont écoulés depuis lors, rendant impossible l'évaluation des symptômes. Le moyen est mal fondé. b) aa) L'appelante prétend que les prestations perçues du CSR pour un montant de 16'001 fr. 95 devaient être déduites du montant qui devait lui être alloué à titre d'indemnités journalières en raison de la cession signée le 29 novembre 2006 (pièce 58 du bordereau I) et de la subrogation légale prévue à l'art. 46 LASV (loi sur l'action sociale vaudoise du 2 décembre 2003; RSV 850.051). Selon l'appelante, l'intimée n'avait pas la légitimation pour agir jusqu'à concurrence du montant versé par le CSR. bb) La LASV est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Selon l'art. 46 al. 1 de cette loi, le bénéficiaire qui a déposé ou qui dépose une demande de prestations d'assurances sociales ou privées ou d'avances sur pensions alimentaires en informe sans délai l'autorité compétente. Si ces prestations d'assurance sont octroyées rétroactivement, le bénéficiaire est tenu de restituer les montants reçus au titre de prestations du revenu d'insertion (y compris les frais particuliers ou circonstanciels). L'autorité ayant octroyé le revenu d'insertion est subrogée dans les droits du bénéficiaire à concurrence des montants versés par elle et peut demander aux assurances concernées que les arrérages des rentes soient versés en ses mains jusqu'à concurrence des prestations allouées (art. 46 aI. 2 LASV). D'après l'exposé des motifs, "est subrogée" signifie "devient titulaire des droits" (EMPL du 4 novembre 2003, p. 4282). Ainsi, la subrogation implique le transfert de la créance avec ses qualités à l'autorité subrogée. Du

fait de la subrogation, celle-ci devient titulaire de la créance à concurrence des prestations qu'elle a versées et la créance du titulaire initial faisant l'objet de la subrogation est éteinte dans la même mesure. Ainsi, à moins qu'une rétrocession de la créance n'intervienne avant la fin de la procédure, l'assurée n'a pas la légitimation active pour faire valoir ses droits à concurrence du montant octroyé à titre de prestations RI (CREC I 26 mars 2008/ 141). cc) En l'espèce, le CSR n'a pas rétrocedé ses droits à l'intimée. Au vu des principes exposés ci-dessus, c'est à bon droit que l'appelante fait valoir que les 16'001 fr. 95 perçus de la part du CSR doivent être portés en déduction du montant dû à titre d'indemnité journalière, valeur au 15 novembre 2006, échéance moyenne. Le moyen est bien fondé. c) aa) Dans un dernier moyen, l'appelante soutient encore qu'il faut déduire du montant dû à l'intimée les prestations qu'elle aurait pu percevoir de l'Assurance invalidité si elle en avait fait la demande, et ceci conformément à l'art. 23 let. f CGA. bb) Lorsque les conditions générales d'assurance ne prévoient pas l'obligation pour l'assuré qui aurait droit à une rente d'une assurance sociale ou d'une assurance d'entreprise de solliciter cette rente, ni le droit pour l'assureur d'imputer sur ses propres prestations la rente hypothétique à laquelle l'assuré pourrait prétendre, seul est prévu le droit pour l'assureur d'imputer sur les indemnités journalières assurées les rentes effectivement servies par une assurance sociale ou par une assurance d'entreprise. Il s'agit ainsi d'un droit qui est soumis à la condition que l'assuré perçoive une telle rente. Cela étant, comme la condition est réputée accomplie quand l'une des parties en a empêché l'avènement au mépris des règles de la bonne foi (art. 156 CO [Code des obligations du 30 mars 1911; RS 220]), on doit se demander si l'assuré s'est comporté de manière contraire à la bonne foi en refusant de solliciter une rente de l'Assurance invalidité. Pour juger si un comportement déterminé enfreint les règles de la bonne foi, il convient de l'apprécier en tenant compte de toutes les circonstances du cas d'espèce, en particulier des motifs et du but poursuivi; il faut se garder d'interpréter trop largement l'art. 156 CO, car, en convenant d'une condition, les parties ont introduit dans leurs relations un élément d'incertitude qu'elles doivent assumer; elles n'ont pas l'obligation de favoriser l'avènement de la condition, et la bonne foi n'exige pas qu'elles sacrifient leurs propres intérêts à cette fin (ATF 133 III 527 et les références citées). cc) En l'espèce, les conditions générales prévoient que si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances fédérales ou d'assurances d'entreprise, ou qu'un tiers responsable l'a indemnisé, l'assureur complète ses prestations jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité journalière assurée. Contrairement au cas d'espèce faisant l'objet de la jurisprudence précitée, les conditions générales ne prévoient pas de clause particulière pour le cas où le droit à une prestation de tiers n'est pas encore établi. Par contre, il est prévu qu'en cas de paiement d'une indemnité journalière de couverture de la perte de gain à la place d'un tiers responsable, l'assurance est subrogée, pour la part de ses prestations, dans les droits de l'assuré ou de l'ayant droit. En conséquence, le premier paragraphe de l'art. 23 f CGA ne peut être compris, comme le soutient l'appelante, comme le droit d'imputer une rente hypothétique, auquel cas, la subrogation prévue au paragraphe suivant resterait lettre morte. Au demeurant, il n'apparaît pas que l'intimée ait clairement refusé de formuler une demande auprès de l'Assurance invalidité dès lors que l'appelante ne l'y a jamais invitée. Il n'est enfin pas établi qu'elle aurait obtenu une telle rente, ce que l'appelante reconnaît par ailleurs lorsqu'elle allègue que si l'intimée ne s'est pas annoncée à l'Assurance invalidité, c'est qu'elle-même et son mandataire savaient qu'elle ne remplissait pas le droit aux prestations (allégué 311 du mémoire réponse du 7 mars 2008). Dans ces circonstances, l'appelante ne peut prétendre imputer sur le montant des indemnités journalières les prestations qui

seraient hypothétiquement revenues à l'intimée. Le moyen est mal fondé.

#### **E. 4**

L'intimée et appelante par voie de jonction soutient à l'appui de ses conclusions en paiement qu'elle était autorisée à faire état de faits nouveaux survenus en cours de procédure et donc du dommage supplémentaire qu'elle subissait. Elle allègue que c'est en raison du refus de l'appelante d'exécuter ses obligations après l'introduction d'instance, à savoir le 21 décembre 2007, que son passif a augmenté à concurrence du montant réclamé. L'objet du litige n'a, selon elle, pas été modifié dès lors que ses conclusions nouvelles reposent sur le même complexe de faits à l'appui des conclusions initiales. Pour l'appelante, l'intimée s'est comportée de manière contraire à la bonne foi en modifiant l'objet du litige après le dépôt de sa requête et la Cour des assurances sociales ne serait pas compétente pour connaître de prétentions à forme de l'art. 97 CO vu la procédure spéciale prévue pour le contentieux des assurances complémentaires. Sur le fond, à aucun moment l'intimée n'a expliqué en quoi le montant réclamé pouvait être imputé à l'appelante. A titre d'exemple, elle fait valoir des dettes datant de l'année 2004 et précédant la période litigieuse. a) Quand bien même il s'agit d'une cause civile, étaient applicables en première instance les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JT 2009 III 43), au sens des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). L'art. 108 al. 1 LPA-VD prévoit qu'à défaut d'une disposition légale particulière y dérogeant, l'autorité ne peut aller au-delà des conclusions des parties. L'article précité ne traite pas de l'augmentation des conclusions en cours d'instance. Il y a lieu dès lors d'appliquer, par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD, les dispositions de la législation sur la procédure civile, soit les art. 335 ss CPC-VD (Code de procédure civile vaudois du 14 décembre 1966; RSV 270.11), alors en vigueur, propres à répondre aux exigences de l'art. 85 al. 2 LSA (loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance; RS 961.01). L'art. 267 CPC-VD, applicable par renvoi de l'art. 340 al. 1 CPC-VD, dispose que le demandeur peut augmenter ses conclusions jusqu'à la clôture de l'audience préliminaire ou encore dans les dix jours après la communication d'un rapport d'expertise, pourvu que les conclusions augmentées aient le même fondement que la demande initiale. A cet égard, la doctrine a précisé que la notion de fondement s'appliquait non seulement au fait, mais également au droit. En exigeant à l'art. 267 CPC-VD l'identité de fondement entre les conclusions augmentées et les conclusions initiales, le législateur exige "la même cause juridique et non seulement la même origine". Seule cette interprétation restrictive du fondement correspond d'ailleurs à la ratio legis. L'art. 267 CPC-VD ne doit pas permettre aux parties de corriger leur procédure en formulant en cours d'instance seulement des conclusions qu'elles ont omises de prendre initialement (Rognon, Les conclusions, Etude de droit fédéral et de procédure civile vaudoise, thèse Lausanne, 1974, pp. 190 s). b) En l'espèce, dans sa demande du 21 décembre 2007, l'appelante a pris des conclusions en paiement de 54'171 fr. 55 correspondant au montant des indemnités journalières. Elle a indiqué que le défaut de versement avait entraîné de nombreux frais supplémentaires, dépassant les 5% d'intérêts annuels, mais renoncer à en réclamer le paiement (allégués 252-253). Contrairement à ce qu'elle soutient dans le cadre de l'appel joint, ces allégués ne concernent pas seulement les intérêts puisque l'appelante évoque expressément des frais supplémentaires. Or c'est précisément de ces frais qu'il est question lorsqu'elle formule, le 24 septembre 2010, puis le 5 avril 2011 des prétentions supplémentaires, respectivement de 61'536 fr. et 74'633 fr. 70, invoquant alors une "spirale de l'endettement". Le fondement juridique de ses prétentions additionnelles est la responsabilité contractuelle de l'intimée à

forme de l'art. 97 CO et non ses obligations découlant du contrat d'assurance. Il n'y a donc pas d'identité de fondement et l'appelante n'était pas autorisée à augmenter ses conclusions. Elles sont dès lors irrecevables. On peut encore ajouter que, comme retenu par les premiers juges, en modifiant l'objet du litige à ce stade et près de trois ans après le début de la procédure, l'appelante a agi contrairement aux règles de la bonne foi (art. 2 al. 1 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210]). D'une part elle avait expressément déclaré y renoncer dans sa demande, d'autre part ces prétentions n'ont aucun lien avec les conclusions des rapports d'expertise. Dans ces circonstances, les conclusions en paiement de 74'633 fr. 70 sont irrecevables et il n'est pas nécessaire d'examiner la compétence de la Cour des assurances sociales pour en connaître, ni l'existence d'un lien de causalité entre l'acte dommageable et le préjudice.

#### **E. 5**

En conclusion, l'appel doit être partiellement admis, l'appel joint rejeté et le jugement réformé conformément au considérant 3.2/b ci-dessus. Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'intimée a procédé dans le cadre de l'appel. Elle obtient gain de cause sur le principe dès lors que la réforme du jugement ne porte que sur le montant de 16'001 fr. 95, montant qu'elle aurait de toute manière dû rétrocéder au CSR, sa situation économique ne se trouvant dès lors pas modifiée. Elle succombe par contre intégralement s'agissant des conclusions prises par voie de jonction. Les dépens doivent en conséquence être compensés.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.