

VD_FINDINFO HC / 2021 / 380 vom 5. Juli 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2021___380

FR: VD_FINDINFO HC / 2021 / 380 du 5 juillet 2021

IT: VD_FINDINFO HC / 2021 / 380 del 5 luglio 2021

Regeste

CONTRAT D'ASSURANCE, EXPERTISE, ACCIDENT, MALADIE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE | 8 CC, 61 LCA, 311 CPC (CH)

Erwägungen

E. 1

let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]), dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal (art. 84 al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]), dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

E. 1.1

L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al.

E. 1.2

En l'espèce, formés en temps utile par des parties qui ont un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), dirigés contre une décision finale de première instance et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., les appels sont recevables. Les réponses le sont également.

E. 2

L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que 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. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JdT 2011 III 43 consid. 2 et les références citées) et vérifie si le premier juge pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2).

E. 3

L'appelante V._____ SA indique qu'elle se permet de compléter les faits retenus par l'autorité de première instance tels qu'ils figurent dans sa réponse du 11 mars 2016.

E. 3.1

Selon l'art. 311 al. 1 CPC, l'appel doit être motivé. L'appelant doit donc tenter de démontrer que sa thèse l'emporte sur celle de la décision attaquée. Il ne saurait se borner à reprendre des allégués de fait ou des arguments de droit présentés en première instance,

mais il doit s'efforcer d'établir que, sur les faits constatés ou sur les conclusions juridiques qui en ont été tirées, la décision attaquée est entachée d'erreurs. Il ne peut le faire qu'en reprenant la démarche du premier juge et en mettant le doigt sur les failles de son raisonnement. Si la motivation de l'appel est identique aux moyens qui avaient déjà été présentés en première instance, avant la reddition de la décision attaquée (TF 4A_97/2014 du 26 juin 2014 consid. 3.3), ou si elle ne contient que des critiques toutes générales et superficielles de la décision attaquée, ou encore si elle ne fait que renvoyer aux moyens soulevés en première instance, elle ne satisfait pas aux exigences de l'art. 311 al. 1 CPC et l'instance d'appel ne peut entrer en matière (TF 4A_376/2016 du 2 décembre 2016 consid. 3.2.1 ; TF 4A_61/2016 du 10 mai 2016 consid. 4 ; TF 4A_593/2015 du 13 décembre 2016 consid. 5.1).

E. 3.2

Aux pages 3 à 12 de son appel, l'appelante a reproduit un état de fait, en précisant, d'une part, que les faits ressortaient du jugement de première instance et, d'autre part, qu'elle se permettait de les compléter tels que figurant dans son mémoire de réponse du 11 mars 2016. Elle a ajouté qu'elle se référerait à cet égard intégralement à cette écriture. Elle n'a pour le reste fourni aucune autre explication et n'a soulevé aucun grief à l'encontre des premiers juges quant à l'état de fait retenu par ceux-ci. Or, il ne suffit pas, dans le cadre d'un appel, en guise de critique des faits, de se référer à une écriture de première instance et/ou de reprendre les faits contenus dans celle-ci, sans autre démonstration. Selon la jurisprudence, il incombait en effet à l'intéressée, si elle souhaitait compléter l'état de fait, de mentionner quels faits auraient été omis par la Chambre patrimoniale cantonale et d'expliquer pourquoi ces faits auraient été pertinents, dans le cadre de la présente cause. Dans la mesure où de tels moyens font défaut, force est de constater que l'appel de l'intéressée ne répond pas aux exigences de motivation sur ce point. Ainsi, il ne sera pas tenu compte de la partie « III. Faits » du mémoire d'appel.

E. 4

L'appelante V. _____ SA plaide l'irrecevabilité de la demande déposée le 25 août 2015 par l'intimé. Elle reproche aux premiers juges d'avoir considéré que l'ATF 142 III 683, qu'elle avait invoqué en première instance sur cette question, n'était pas pertinent dans le cas d'espèce. Elle estime que, dans la mesure où la conclusion prise par l'intimé a trait à deux prétentions différentes, à savoir qu'elle repose, d'une part, sur un cas maladie et, d'autre part, sur un cas accident, et donc qu'elle a pour fondement un complexe de faits différents tombant selon elle sous le coup de deux polices d'assurance différentes, l'intéressé devait, dans ses conclusions, individualiser ses prétentions en précisant sur quel contrat d'assurance il était légitimé à réclamer des indemnités journalières. Pour l'appelante, on se trouve en présence d'un cumul objectif d'actions et, selon la jurisprudence précitée, un tel cumul n'est pas recevable si le demandeur n'a pas clairement précisé dans quel ordre traiter chacune des prétentions invoquées. Les premiers juges ont admis la recevabilité de la demande du 25 août 2015, au motif que l'arrêt précité avait trait à une action partielle dans le cadre de laquelle le demandeur avait omis de préciser sur quelle prétention sa demande portait. En accord avec l'appelante, on ne se trouve pas dans le cas d'une action partielle (cf. art. 86 CPC) telle que décrite dans l'ATF 142 III 683, mais face à un cumul objectif d'actions au sens de l'art. 90 CPC. En effet, s'il résulte du fondement en fait de la demande que, par une conclusion qui en soi n'individualise pas les prétentions portées en justice – telle qu'une conclusion en paiement d'une somme d'argent qui peut

inclure plusieurs objets litigieux –, des créances découlant de plusieurs complexes de faits différents sont réclamées, il existe alors, comme en l'espèce, plusieurs objets litigieux, qui, quand bien même ils sont regroupés en une seule conclusion, sont invoqués en un cumul objectif d'actions (cf. Bohnet, CPC annoté, Neuchâtel 2016, ad art. 90 et les références citées). Dans ce cas de figure, seul est alors applicable l'art. 90 CPC. Or, en l'occurrence, l'appelante n'invoque pas ni démontre une violation de cette disposition légale. Au demeurant, on relève que les exigences posées par l'ATF 142 III 683 ont été abandonnées et qu'il n'est dès lors désormais plus nécessaire de préciser dans la demande en justice l'ordre ou l'étendue de chaque prétention, la partie demanderesse devant seulement alléguer et motiver de manière suffisante qu'une ou plusieurs de ses prétentions excèdent le montant réclamé (ATF 145 III 299 consid. 2.3 ; ATF 144 III 452 consid. 2). Quoi qu'il en soit, les prétentions de l'intimé se basent, contrairement à ce que soutient l'appelante, en l'espèce sur les mêmes polices d'assurance. La couverture des cas maladie et accident était tout d'abord donnée et courait toujours lors de la conclusion de la seconde police en date du 19 novembre 2012. Ensuite et surtout, les polices ont été dûment alléguées en procédure et l'intimé a allégué tous les éléments utiles au calcul de ses prétentions. Aux alléguées 74 à 82, il a détaillé les périodes de couverture sous l'angle maladie et accident, avec les taux d'incapacité déterminants, précisant qu'en ce qui concernait la période du 5 avril 2012 au 30 avril 2013, il convenait de prendre en compte le taux d'incapacité de travail le plus élevé compte tenu du chevauchement des couvertures. Enfin, depuis le 1^{er} mai 2013 jusqu'au 4 avril 2014, l'intimé a indiqué que les indemnités journalières étaient dues sous l'angle accident uniquement, à hauteur de 85%. Ainsi, au vu de la teneur des allégués et de la motivation de sa demande, l'intéressé pouvait conclure au paiement d'une somme globale en lien avec les couvertures maladie et accident sur la base d'une seule conclusion. Pour ces motifs, le grief de l'appelante doit être rejeté.

E. 5

L'appelante V._____ SA reproche aux premiers juges d'avoir considéré que l'assurance découlant de la police du 30 juin 2006 devait être qualifiée d'assurance de sommes, au lieu selon elle d'assurance de dommages. Elle relève que cette police fait mention d'une assurance de dommages et qu'elle indique, d'une part, que l'indemnité peut être réduite en cas de surindemnisation et, d'autre part, que le salaire effectif de l'ayant droit, soit le dernier salaire AVS perçu dans l'entreprise de l'assuré, avant le début de la maladie est déterminant, soit deux éléments typiques d'une assurance de dommages. L'appelante ajoute que la phrase isolée sur laquelle se sont fondés les premiers juges, à savoir « l'indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident » équivaut à « 100% de la somme annuelle des salaires assurés », ne signifie pas qu'elle s'engageait à indemniser forfaitairement l'assuré. Elle reproche encore à l'autorité de première instance de s'être fondée sur le courriel de son employé du 15 février 2013.

E. 5.1

L'assurance de sommes garantit une prestation prédéfinie lors de la conclusion du contrat, qui doit être versée si l'événement assuré survient, sans égard à ses conséquences pécuniaires et à l'existence d'un possible dommage. En revanche, dans une assurance contre les dommages, les cocontractants font de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations ; une telle assurance vise à compenser totalement ou partiellement un dommage effectif. Toute assurance vise à parer à d'éventuels revers de fortune. Le critère de distinction ne réside donc pas dans le but, mais

bien dans les conditions de la prestation d'assurance (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les références citées). L'assurance de sommes permet à l'assuré de cumuler les prétentions en versement des indemnités journalières prévues par le contrat d'assurance avec d'autres prétentions découlant du même événement dommageable. La surindemnisation est possible ; conformément à l'art. 96 LCA, les droits que l'ayant droit aurait contre des tiers en raison du sinistre ne passent pas à l'assureur (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et l'arrêt cité). L'assurance de dommages, en revanche, est gouvernée par le principe indemnitaire ; pour éviter le cumul, l'art. 72 LCA a institué un droit de recours de l'assureur à l'encontre du tiers responsable (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les références citées). Savoir si l'on est en présence d'une assurance de sommes ou de dommages dépend en définitive du contrat d'assurance et des conditions générales. L'expression « incapacité de gain » n'est pas déterminante dans la mesure où elle est parfois utilisée comme un synonyme de l'incapacité de travail (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et l'arrêt cité). Les règles usuelles d'interprétation des contrats sont applicables (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et l'arrêt cité). Lorsque l'interprétation ainsi dégagée laisse subsister un doute sur leur sens, les conditions générales doivent être interprétées en défaveur de leur auteur, conformément à la règle dite des clauses ambiguës (Unklarheitsregel, in dubio contra stipulatorem ; ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les arrêts cités). Une partie de la doctrine fait observer que les conditions générales d'assurance ne formulent pas toujours explicitement l'exigence d'un dommage, laquelle peut aussi découler de l'interprétation qui doit s'étendre le cas échéant aux autres documents contractuels. S'il en résulte que la prestation d'assurance est conditionnée à une perte patrimoniale déclenchée par l'événement assuré, il s'agit d'une assurance de dommages, quand bien même l'étendue de la prestation est jusqu'à un certain point forfaitisée – ce qui arrive fréquemment pour des raisons pratiques (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les auteurs cités). Divers auteurs constatent en outre que les assurances collectives conclues par une entreprise pour le personnel sont typiquement des assurances de dommages (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les auteurs cités). L'employeur a en effet l'obligation de verser, pour un temps limité, le salaire du travailleur empêché de travailler pour cause de maladie. Pour autant qu'elle offre des prestations équivalentes, une assurance collective couvrant tout le personnel de l'entreprise peut libérer cette dernière d'une telle obligation, le risque lié à l'incapacité de travail étant alors assumé par l'assureur (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les auteurs cités). Le fait que l'assurance couvre des personnes non nommément désignées comme le fait qu'elle se réfère au dernier salaire AVS touché dans l'entreprise plaident en faveur d'une assurance de dommages (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les auteurs cités). L'assurance collective peut voir co-exister une assurance de dommages pour le personnel salarié et une assurance de sommes pour le chef d'entreprise/employeur ; l'assurance de sommes est en effet fréquente s'agissant des indépendants (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 et les auteurs cités).

E. 5.2

En l'espèce, il est vrai que le contenu de la police d'assurance du 30 juin 2006, qui prévoit, outre la mention au dernier salaire AVS assuré, que l'assurance correspondra à une assurance de dommages et que les prestations versées par des tiers, comme la caisse de pension, seront imputées au résultat des prestations à verser par l'appelante, peut à première vue faire référence à une assurance de dommages. Cependant, le statut d'indépendant de l'intimé plaide, comme le mentionne la jurisprudence, plutôt en faveur d'une assurance de sommes. L'intimé, dentiste indépendant, devait en effet faire face à un certain nombre de charges, qui étaient potentiellement élevées, comme le salaire des employés et le loyer, de

sorte qu'il est évident que l'intéressé a eu l'intention de s'assurer contre le risque financier résultant de l'exploitation de son cabinet dentaire, ce que ne pouvait ignorer l'assureur. En outre, nonobstant la désignation de police d'assurance « collective », la qualification d'assurance de sommes est confirmée par le fait que l'intimé est nommément désigné comme preneur d'assurance et individualisé par la police du 30 juin 2006 (pièce 103). De plus, dans la mesure où l'intéressée n'a demandé à l'intimé aucun justificatif de perte de gain, soit d'un éventuel dommage, préalablement au versement des indemnités journalières, le comportement de l'assureur depuis 2011 est également révélateur du fait que le contrat d'assurance conclu entre les parties portait sur une assurance de sommes. Par ailleurs, la police d'assurance du 19 novembre 2012 prévoit expressément que le contrat liant les parties est une assurance de sommes, et ce alors même qu'elle reprend l'indication, figurant dans la police précédente, que le montant est en substance assuré à concurrence de 100% de la masse salariale annuelle convenue, toujours de 300'000 francs. Il est d'ailleurs plausible que cette nouvelle police, qui indique déroger aux CGA, n'ait fait que clarifier la situation d'assurance préexistante. De surcroît, la teneur du courriel adressé le 15 février 2013 par l'agent d'assurance à l'intimé, qui précisait que l'assurance indemnités journalières était une assurance de sommes et qu'en cas d'incapacité de travail, il n'était pas demandé de justificatif relatif au revenu perdu plaide également en faveur d'un tel type d'assurance. Il en va de même du courrier adressé à l'intimé le 25 mars 2013 par l'appelante, dans lequel celle-ci qualifiait l'assurance d'assurance de sommes. Enfin, aucune circonstance ne vient justifier un passage d'une assurance de dommages à une assurance de sommes entre la première et la seconde police d'assurance, dont la teneur reste pour l'essentiel identique. A cela s'ajoute que l'appelante ne tire rien de sa démonstration, puisqu'elle se fonde en définitive sur l'art. 61 LCA – qui est indépendant de cette problématique – pour plaider l'obligation de réduire le dommage et qu'il n'y a pas eu de prestation de tiers, comme de l'AI, ce qui exclut toute surindemnisation (cf. en particulier all. 283 à 286). En définitive, c'est à juste titre que les premiers juges ont retenu que le contrat liant les parties portait sur une assurance de sommes.

E. 6

L'appelante V. _____ SA relève qu'elle n'a jamais soutenu que l'intimé aurait conclu un contrat dans la perspective de percevoir un profit illicite par le moyen de la surassurance et que les premiers juges ne pouvaient dès lors pas se fonder sur l'art. 51 LCA, selon elle inapplicable en l'espèce, mais devaient se référer aux conditions générales de la police d'assurance. Elle fait en substance valoir que, selon la police d'assurance du 30 juin 2006, le salaire annuel fixe doit correspondre au salaire déclaré à la caisse de compensation AVS et que le salaire annuel de l'intimé était en réalité nettement inférieur au salaire annuel de 300'000 fr. annoncé, et ce dès l'année 2000, puisqu'il se chiffrait à environ 100'000 francs. Elle estime qu'elle a versé des prestations supérieures à ce qu'elle devait à concurrence de 219'580 francs. En l'espèce, l'argumentation de l'appelante ne saurait être suivie. L'autorité de céans a en effet retenu ci-dessus (cf. consid. 5.2 supra) que le contrat conclu entre les parties portait sur une assurance de sommes, et non sur une assurance de dommages, de sorte que le montant assuré de 300'000 fr., bien que définit, dans les polices d'assurance concernées, comme « salaire annuel fixe » ou « masse salariale annuelle », correspondait à la somme assurée et non au salaire de l'assuré. Il ressort du reste expressément du rapport du 12 mars 2014 de [...] que le montant assuré de 300'000 fr. correspond au chiffre d'affaires annuel moyen de l'intimé (die Umsätze ; pièce 156, p. 6). Le grief est infondé. Même à considérer que les parties auraient conclu un contrat portant

sur une assurance de dommages, et donc qu'il conviendrait de prendre en compte le salaire déclaré à l'AVS par l'intimé comme montant assuré, d'en moyenne 100'000 fr. depuis 2000 (all. 135 et 136 ; pièce 106), le grief de l'appelante doit de toute manière être écarté. Selon la police du 30 juin 2006, l'appelante s'est en effet réservée le droit, en cas de demande de prestations, de vérifier le montant indiqué au titre de salaire déclaré à la caisse de compensation AVS (pièce 103, p. 3), si bien qu'elle avait la possibilité de vérifier le montant du salaire déclaré par l'intéressé à la caisse précitée, ce qu'elle n'a pas fait. L'appelante a versé les indemnités journalières sans avoir préalablement vérifié ledit montant. Elle ne détient dès lors pas de fondement pour en obtenir le remboursement.

E. 7

L'appelante V._____ SA reproche aux premiers juges une mauvaise application du droit sur la problématique du défaut d'annonce de l'intimé auprès de l'AI. Elle fait valoir que l'intimé aurait gravement violé ses obligations en cas de sinistre en ne s'annonçant pas auprès de l'Office AI, malgré son invitation à le faire, et estime qu'elle était légitimée à faire application des art. 44.6 et 47.1 des CGA. L'appelante, qui se réfère à son courrier du 27 septembre 2012 (pièce 150), reproche aux premiers juges d'avoir relevé qu'aucun élément au dossier n'établissait qu'elle avait – ou un quelconque médecin – ordonné à l'intéressé de s'annoncer auprès de l'office concerné. Elle ajoute que les considérations émises par la Chambre patrimoniale cantonale au sujet du statut d'indépendant de l'intimé voulant se prémunir contre la perte patrimoniale en cas d'incapacité de travail seraient impropres à justifier un refus d'annonce auprès des organes d'un assureur social tel que l'AI. En définitive, elle estime qu'elle serait légitimée à ne verser aucune prestation à l'assuré.

E. 7.1

Les art. 44.6 et 47.1 des CGA ont été reproduits ci-dessus (consid. C.2 supra).

E. 7.2

En l'espèce, l'appelante ne saurait en l'espèce invoquer les art. 44.6 et 47.1 des CGA pour justifier le non-versement des prestations à l'intimé. En premier lieu, l'assurance n'a, selon les pièces du dossier, invité l'intimé à s'annoncer à l'AI au plus tôt que par son courrier du 27 septembre 2012, voire au début de cette année-là (cf. contenu de la pièce 150), si bien que l'intéressé avait déjà effectué une période d'incapacité à ce moment-là. Pour ce motif, une suppression totale des indemnités journalières est déjà exclue. En deuxième lieu, il ressort des écritures déposées en première instance par l'appelante que celle-ci n'a pas clairement allégué avoir donné l'ordre à l'intéressé de s'annoncer auprès de l'AI afin de réduire son dommage. A la lecture de ses écritures, elle n'a qu'allégué qu'elle avait pris des renseignements auprès de l'Office AI, qui lui avait indiqué que l'intimé n'avait pas déposé de demande, et qu'elle avait invité ce dernier à le faire (all. 283 et 284). Ainsi, elle n'a pas allégué avoir agi conformément à l'art. 44.6 des CGA, qui prévoit que l'assuré est tenu de s'annoncer, si un médecin ou l'assureur le lui ordonne. En troisième lieu, l'appelante n'a pas, dans ses conclusions, chiffré l'éventuelle réduction des prestations à verser à l'intimé, même à titre subsidiaire, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur ce point. Le grief doit donc être écarté.

E. 8

L'appelante V._____ SA reproche aux premiers juges d'avoir intégralement repris les périodes d'incapacité de travail, sous l'angle de la maladie, arrêtées par la Dresse [...],

experte judiciaire, soit celles du 1^{er} mai 2012 au 31 août 2012 pour un taux d'incapacité de 80% et du 1^{er} septembre 2012 au 30 avril 2013 pour un taux d'incapacité de 90%, pour conclure qu'elle devait encore à l'intimé un montant de 209'424 fr. 56 d'indemnités journalières. Elle estime que l'expertise réalisée par la Dresse [...] ne bénéficie d'aucune force probante, dans la mesure où l'experte est intervenue huit ans après le début de l'incapacité de travail de l'intimé, où elle s'est abstenue d'interpeller le Dr [...], qui avait réalisé une expertise pour son compte, et où elle s'était entretenue avec le Dr [...], psychiatre de l'assuré, qui était intervenu postérieurement à l'expertise du Dr [...], qui avait contredit les conclusions de celle-ci et qui n'avait été consulté par l'intimé qu'à quelques reprises. L'appelante ajoute que le rapport d'expertise judiciaire manquerait de rigueur et serait peu motivé, dès lors qu'il ne prendrait en particulier pas position sur les incapacités réelles de l'assuré, et que les premiers juges ne pouvaient ignorer que huit certificats médicaux, pour attester l'incapacité de travail des mois de septembre à décembre 2012 et de janvier à avril 2013, n'ont été signés qu'à deux dates, à savoir respectivement les 28 novembre 2012 et 28 mars 2013. L'appelante relève encore qu'il est impossible de vérifier la teneur des discussions survenues entre l'experte et les médecins traitants.

E. 8.1

Selon la jurisprudence fédérale, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet. Par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références citées) S'il apprécie librement la force probante d'une expertise, le juge du fait ne peut toutefois s'écarter des conclusions de l'expert sur des éléments ressortissant de sa compétence professionnelle que pour des motifs importants, qui doivent être indiqués. Il lui appartient dès lors d'examiner, au regard des autres preuves et des observations des parties, si des objections sérieuses mettent en doute le caractère concluant de l'expertise sur des points essentiels (TF 4A_396/2015 du 9 février 2016 consid. 4.1 et les références citées). Une expertise privée n'a pas la même valeur qu'une

expertise judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c ; TF 4D_71/2013 du 26 février 2014 consid. 2.5). La jurisprudence ne lui reconnaît en principe pas de force probante particulière ; elle doit être considérée comme de simples allégations d'une partie (cf. ATF 132 III 83 consid. 3.4 ; TF 4D_71/2013 du 26 février 2014 consid. 2.5 et l'arrêt cité). Le fait qu'une expertise privée n'ait pas la même valeur qu'une expertise judiciaire ne signifie toutefois pas encore que toute référence à une expertise privée dans un jugement soit constitutive d'arbitraire. Il se peut en effet que ladite expertise ne soit pas contestée sur certains points ou encore qu'elle se révèle convaincante, à l'instar d'une déclaration de partie ; il est également possible que l'expert privé, entendu comme témoin, confirme des éléments de fait précis de son rapport (TF 4D_71/2013 du 26 février 2014 consid. 2.5 et l'arrêt cité).

E. 8.2

En l'espèce, l'argumentation de l'appelante n'est pas convaincante. L'expertise judiciaire réalisée par la Dresse [...] est motivée de manière circonstanciée et probante. Outre qu'on ne décèle aucune contradiction dans les développements étayés de l'experte judiciaire, force est de constater que celle-ci a effectué un travail important. Elle a analysé l'ensemble du dossier et a effectué plusieurs longs entretiens avec l'intimé afin de disposer de tous les éléments utiles. De plus, elle est, d'une part, revenue en détail sur les différents arrêts de travail de l'intimé et les événements privés et professionnels ayant conduit à ces incapacités et a, d'autre part, fait mention d'autres événements passés défavorables ayant eu un impact sur la situation de l'intéressé. Elle a examiné l'évolution de celui-ci depuis l'expertise du Dr [...] sur plusieurs pages et a pris position sur l'expertise privée de ce dernier et sur les différents rapports versés au dossier, dont ceux des médecins traitants de l'expertisé, les complétant de ses propres constatations (cf. pour le détail consid. C.4.1 et C.6 supra). L'experte a en particulier analysé l'appréciation du Dr [...], psychiatre de l'intimé, qu'elle a pris la peine de contacter pour obtenir des informations précises, notamment au sujet des certificats médicaux postdatés dont l'appelante fait référence, problématique en soi non déterminante pour juger de la force probante de l'expertise judiciaire. Enfin, avec l'ensemble des éléments en sa possession, l'experte est parvenue à tirer ses propres conclusions de la situation et a considéré qu'il y avait lieu de confirmer, s'agissant des périodes litigieuses, les incapacités de travail de 80% respectivement 90% certifiées par les médecins traitants de l'intimé. Au demeurant, l'appelante se contente de motiver son grief de manière théorique et générale, mais ne prend pas la peine d'indiquer des éléments précis de l'expertise qu'elle considère comme erronés. Il importe peu que le rapport d'expertise ait été rendu huit ans après le début de l'incapacité de travail de l'intimé. Comme on l'a vu, le dossier est très bien documenté et l'experte a effectué un important travail de recherche afin d'avoir tous les éléments en sa possession avant de formuler ses propres conclusions. On ne saurait reprocher à l'intéressée de n'avoir pas contacté le Dr [...], dès lors que le rapport de celui-ci figurait déjà au dossier lors de l'établissement de l'expertise judiciaire et qu'il incombait à l'experte, uniquement, de savoir quels étaient les renseignements qu'elle devait requérir pour mener à bien sa mission. Enfin, l'appelante ne propose aucune réduction du taux d'incapacité de travail autre que celui retenu par l'experte et les premiers juges et ne conteste nullement le refus, par ces derniers, d'avoir retranché l'expertise judiciaire litigieuse respectivement d'en avoir administré une seconde. On rappelle encore que, selon la jurisprudence, l'expertise privée du Dr [...] ne revêt pas la même valeur probante qu'une expertise judiciaire et que celle-ci ne doit être considérée que comme une simple allégation de partie. En définitive, l'appelante ne soulève aucun élément sérieux permettant de mettre en doute le caractère concluant de l'expertise judiciaire de la Dresse [...], de sorte que c'est

à juste titre que les premiers juges se sont fondés sur cette expertise pour retenir les périodes et les taux d'incapacité de travail de l'intimé.

E. 9

L'appelant I. _____ reproche aux premiers juges d'avoir considéré que les indemnités journalières fondées sur l'incapacité de travail résultant de sa lésion au talon devaient être rejetées dans la mesure où il ne s'agissait pas d'un accident. Il fait valoir qu'il a apporté des éléments permettant d'admettre la survenance d'un accident le 15 juillet 2011, date à laquelle il aurait trébuché sur une marche de son escalier et se serait écorché le talon contre le rebord d'une marche. Il expose que la preuve serait difficile à apporter car la blessure paraissait à l'origine bénigne et a évolué lentement, qu'il n'a pas eu besoin de consulter immédiatement, son fils, infirmier, lui ayant prodigué les premiers soins, que ses déclarations sur ce point sont cohérentes et constantes, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les remettre en cause, et que celles-ci ont été confirmées par son fils, qui a témoigné le 28 novembre 2019.

E. 9.1

L'art. 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) prévoit, pour toutes les prétentions relevant du droit fédéral, que chaque partie doit, en l'absence d'une présomption légale, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Ainsi, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit – soit à l'assuré dans le cas présent – d'alléguer et de prouver notamment la réalisation du risque assuré et l'étendue de la prétention (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3), laquelle ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. Au stade de la contre-preuve, l'assureur peut donc faire échec à cette preuve en éveillant des doutes sérieux à l'encontre de l'allégation (ATF 130 III 321 consid. 3.5). Le juge doit procéder à une appréciation de l'ensemble des éléments qui lui ont été apportés pour dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

E. 9.2

En l'espèce, le Dr [...], qui a examiné l'appelant le 29 août 2011, soit un mois et demi après l'événement allégué, n'a pas fait mention d'une lésion au talon gauche. Or, il a nécessairement examiné les talons de l'intéressé puisqu'il a diagnostiqué, outre un lentigo des mains et un prurit à la cuisse, une rhagade des talons, sans mentionner l'existence de la lésion litigieuse. On ne saurait donc suivre l'appelant lorsqu'il soutient que cette consultation « ne portait pas sur cette problématique mais notamment sur un lentigo des mains et un prurit de la cuisse ». En deuxième lieu, le témoignage du fils de l'intéressé, qui a confirmé l'existence d'une plaie et le fait qu'il lui a donné les premiers soins, ne peut être pris en considération sans que d'autres éléments viennent le corroborer, en raison des liens familiaux existant entre les intéressés. Il en va de même d'ailleurs des déclarations de l'appelant. Sans remettre en cause la crédibilité de celui-ci et, par conséquent, l'existence de

sa lésion au talon, on ne saurait en effet prendre pour argent comptant les allégations de l'intéressé, sans qu'ils ne soient attestés par un document médical ou des déclarations d'un médecin, ce d'autant plus si celles-ci sont contestées par la partie adverse. Or tel n'est pas le cas. En troisième lieu, l'événement du 15 juillet 2011 s'apparente en tant que tel à un événement anodin ou banal et n'a pas nécessité de consultation médicale immédiate. Comme on l'a vu, même plus d'un mois après, aucune séquelle de l'évènement précité ne paraissait s'être reportée sur le talon de l'appelant. Dans ces conditions, à l'instar des premiers juges, force est de constater que l'appelant n'établit pas, avec une vraisemblance prépondérante, qu'un accident est survenu le 15 juillet 2011.

E. 10

L'appelant I. _____ estime qu'il existe un lien de causalité avec une vraisemblance prépondérante entre l'événement du 15 juillet 2011 et l'apparition de l'ulcère chronique sur son talon gauche. Il relève que les médecins l'ayant examiné n'ont en substance pas été en mesure d'expliquer les origines de cette lésion, mais que son cas est particulier compte tenu du caractère exceptionnel de la blessure, ce qui expliquerait l'impossibilité, pour les experts, d'affirmer de manière certaine un lien de causalité.

E. 10.1

En vertu des principes généraux du droit, il suffit, pour qu'il y ait causalité naturelle (ou relation de cause à effet), que l'événement soit un chaînon nécessaire dans les circonstances ayant entraîné la lésion corporelle, sans lequel elle ne serait pas survenue ou ne se serait pas produite de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait (ATF 132 III 122 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 128 III 174 consid. 2b ; ATF 128 III 180 consid. 2d et les arrêts cités). L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur et le dommage est une question de fait que le juge doit trancher selon la règle de la vraisemblance prépondérante lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (cf. ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les arrêts cités ; ATF 133 III 462 consid. 4.4.2). Lorsque la causalité naturelle est retenue, il faut encore se demander si le rapport de causalité peut être qualifié d'adéquat, c'est-à-dire si le comportement ou l'événement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. Cette question doit être examinée de cas en cas par le juge selon les règles du droit et de l'équité, conformément à l'art. 4 CC (ATF 131 IV 145 consid. 5.1 ; ATF 123 III 110 consid. 3a ; ATF 119 Ib 334 consid. 5b).

E. 10.2

En l'espèce, le lien de causalité entre l'évènement du 15 juillet 2011 et la lésion au talon de l'appelant ne peut pas être établi avec une vraisemblance prépondérante. Compte tenu des éléments au dossier, que ce soit les rapports médicaux ou les expertises judiciaires, il n'est en effet pas possible de mettre l'atteinte au talon de l'appelant sur le compte de l'écorchure survenue, selon ce dernier, sur sa marche d'escalier le 15 juillet 2011. On relève en particulier que, dans leur rapport d'expertise du 19 février 2019, les experts n'ont pas été en

mesure d'expliquer les raisons qui ont conduit à l'apparition de la lésion. Ils ont tout au plus pu déterminer que la persistance de la plaie chronique était expliquée par l'ostéomyélite du calcanéus, à savoir une infection profonde et osseuse, et que la datation de cette ostéomyélite était impossible à faire. Or, ces explications sont claires. Une datation de l'atteinte au talon de l'appelant ne peut pas être établie. Enfin, on ne saurait suivre l'appelant dans son raisonnement selon lequel les limites de la médecine moderne auraient été atteintes, si bien qu'il y aurait lieu de retenir un lien de causalité car sa blessure serait tout à fait exceptionnelle. Le grief est infondé et doit être rejeté.

E. 11

A titre subsidiaire, l'appelant I. _____ fait valoir qu'il conviendrait de déterminer dans quelle mesure il aurait droit, toujours pour sa lésion au talon, au versement d'indemnités journalières sous l'angle d'un second cas maladie. Il soutient que l'art. 13.3 des CGA, dont se prévaut l'intimée, qui prévoit en substance que les deux cas maladie dont il a souffert doivent être équivalents à un seul cas en ce qui concerne la durée des prestations, est une clause insolite et qu'elle ne lui serait pas opposable, car l'intimée n'aurait pas attiré son attention sur cette disposition. Ainsi, l'appelant estime qu'il aurait droit à une nouvelle couverture de 730 jours pour ce second cas.

E. 11.1

La validité des conditions générales est limitée par la règle de la clause insolite. Selon la jurisprudence, sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses insolites sur lesquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée. Le rédacteur de conditions générales doit partir de l'idée, en vertu du principe de la confiance, qu'un partenaire contractuel inexpérimenté n'accepte pas des clauses insolites. Le caractère insolite d'une clause se détermine d'après la perception de celui qui l'accepte au moment de la conclusion du contrat (ATF 138 III 411 consid. 3.1 ; ATF 135 III 1 consid. 2.1). Le caractère insolite doit s'apprécier objectivement – la clause conduit à un changement essentiel du caractère du contrat ou s'écarter de manière importante du cadre légal du type de contrat concerné – et subjectivement – l'(in)expérience du cocontractant dans la branche doit être évaluée (ATF 138 III 411 consid. 3.1 ; ATF 135 III 1 consid. 2.1). En particulier, la règle de la clause insolite peut trouver application lorsque la clause a pour effet de réduire drastiquement la couverture d'assurance de telle sorte que les risques les plus fréquents ne sont plus couverts, lorsque le sens et la portée d'une disposition sont travestis par une formulation compliquée ou lorsque, par son emplacement dans les conditions générales, elle apparaît surprenante et inattendue à l'assuré (TF 5A_152/2017 du 2 novembre 2017 consid. 4.3 et l'arrêt cité).

E. 11.2

L'art. 13.3 des CGA est libellé comme il suit : « lorsqu'un nouveau cas de maladie entraîne, à la suite d'un cas d'assurance avec droit à prestations, une nouvelle incapacité de travail avec une autre origine, alors les deux cas de maladie sont équivalents à un seul cas de maladie en ce qui concerne la durée des prestations, si entre les deux il n'y a pas eu une capacité de travail complète d'au moins 30 jours ». Les explications de l'appelant sur ce point, qui reprennent le contenu de ses plaidoiries écrites, ne sont pas convaincantes. L'intéressé se contente en effet d'affirmer que, selon cette clause, alors que toutes les conditions seraient réunies pour une couverture, cette disposition permettrait d'exclure un second cas maladie et que cela ne ferait aucun sens, le preneur d'assurance devant pouvoir

compter sur une prise en charge de toute incapacité. En réalité, la formulation de cette clause n'est pas particulièrement insolite. Il s'agit d'une disposition de coordination au sein de l'assurance d'après laquelle la survenance d'un nouveau cas maladie n'entraîne pas la naissance d'un nouveau droit à l'indemnisation si entre les deux atteintes, l'assuré n'a pas présenté une capacité de travail complète de plus de 30 jours. Ainsi, la formation de cette clause n'apparaît pas de nature à réduire drastiquement la couverture d'assurance de sorte que les risques fréquents ne seraient plus couverts, puisqu'il subordonne simplement la pleine couverture de deux cas maladie à une reprise complète, entre-temps, du travail pour une durée d'un mois. De plus, la clause litigieuse est claire et n'est pas formulée de manière compliquée ou propre à prêter à confusion pour un lecteur raisonnable. Elle est en outre inscrite au début des CGA et sa teneur n'apparaît pas surprenante ou inattendue pour un assuré. On peut comprendre qu'un assureur veuille régler la coordination de sa couverture lors de la survenance de plusieurs cas maladie, en particulier pour éviter d'éventuels abus de la part d'assurés. Selon les règles jurisprudentielles bien établies, l'intimée n'avait par conséquent pas besoin d'attirer l'attention de l'appelant sur cette clause, ce dernier pouvant très bien – en raison de sa formation dans le domaine médical d'autant plus – la comprendre et décider, lors de la conclusion du contrat, de faire porter celui-ci sur cette clause ou non. Les critiques de l'appelant sont donc infondées.

E. 12

A titre plus subsidiaire, l'appelant I. _____ relève qu'en cas d'application de l'art. 13.3 des CGA, celui-ci, s'il limite la durée maximale de la couverture, n'empêcherait pas le cumul des degrés d'incapacité et donc un degré de maladie plus élevé, soit en l'occurrence le taux de 100% pour l'incapacité liée au talon pour la période d'avril 2012 à avril 2014. Dans cette hypothèse, l'appelant, qui revient en détail sur les conséquences de sa lésion, prétend au versement d'une somme de 466'314 fr. 85, subsidiairement de 254'465 fr. 55. L'appelant n'a pas présenté une capacité entière de travail de 30 jours minimum durant la période précitée (cf. tableau récapitulatif de l'appelant, appel, p. 15 ; consid. C.6 supra), de sorte qu'en application de l'art. 13.3 des CGA, les deux cas maladie de l'intéressé, distincts, doivent être traités comme un seul cas maladie en ce qui concerne la durée des prestations, à savoir le nombre d'indemnités journalières à verser. Il n'y a par ailleurs pas eu de nouveau délai cadre d'indemnisation de 730 jours en lien avec la lésion au talon, si bien que la couverture d'assurance est limitée au 30 avril 2013. Pour la période du 1^{er} mai au 31 août 2012, les premiers juges ont retenu une incapacité de travail de 80%, comprenant un volet de 60% pour le cas maladie psychique et un volet de 20% concernant l'atteinte au talon. Ils se sont fondés sur l'expertise réalisée par la Dresse [...], pertinente et qui doit être suivie (cf. consid. 8 supra), qui a fait état de cette question et avait pris contact avec les médecins traitants de l'appelant sur ce point. Ce dernier ne conteste du reste pas le raisonnement opéré par les premiers juges ni l'expertise judiciaire précitée sur ce point dans son appel, dès lors qu'il se contente en substance de se référer aux conclusions de l'expertise du Dr [...]. Pour cette période, il y a donc lieu de retenir, à l'instar des premiers juges, une incapacité de travail à 80%. Pour la période du 1^{er} septembre 2012 au 30 avril 2013, les premiers juges ont retenu un taux d'incapacité de 90%, uniquement en lien avec la maladie psychique de l'assuré, certifiée par le Dr [...], sans tenir compte d'une incapacité liée au talon, alors que cela avait été fait pour la période précédente. Pour ce faire, ils se sont également référés, à juste titre, à l'expertise réalisée par la Dresse [...], qui n'a pas retenu d'incapacité liée au talon pour cette période (rapport d'expertise, p. 47). L'appelant fonde sa démonstration sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr [...], qui a certes confirmé,

dans son rapport, une incapacité de travail de 100% d'avril 2012 à mai 2013. Cependant, l'appelant a, en première instance, uniquement allégué un taux d'incapacité de 90% pour cette période et allègue pour la première fois en appel un taux d'incapacité de 100%. Or, le rapport d'expertise du Dr [...] ayant été rendu au cours de la procédure de première instance, il aurait dû le faire devant l'autorité précédente. Les éléments sur lesquels se fonde l'intéressé ne peuvent dès lors plus être pris en compte à ce stade (cf. art. 317 CPC). Le grief est donc infondé.

E. 13

En conclusion, les appels doivent être rejetés et le jugement attaqué intégralement confirmé. Il n'est pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance (art. 114 let. e CPC). Vu le sort de la cause, les dépens de deuxième instance seront compensés (art. 106 al. 1 CPC).

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