

VD_FINDINFO Jug / 2009 / 16 vom 26. August 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2009___16

FR: VD_FINDINFO Jug / 2009 / 16 du 26 août 2009

IT: VD_FINDINFO Jug / 2009 / 16 del 26 agosto 2009

Regeste

OBLIGATION DE RÉDUIRE LE DOMMAGE | 1 DTAs-AM, 33 LCA, 61 LCA

Erwägungen

E. 1

er janvier 2009. S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé et non plus de droit administratif, la procédure en cette matière est régie non plus par les dispositions relatives au recours administratif mais par l'art. 85 LSA (loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01) ainsi que par les art. 106 ss LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 174.36) concernant l'action de droit administratif (CASSO, 28 avril 2009, AMC 27/03). La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause, valablement introduite en la forme, ressortit à la compétence de la Cour constituée de trois juges (art. 94 al. 1 LPA-VD a contrario, par renvoi de l'art. 107 LPA-VD).

E. 2

a) A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi ; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, pp. 120 ss). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance ; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1er LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, loc. cit.). En l'espèce, l'art. 19 CGA prévoit expressément qu'outre les propositions et conditions d'assurance, la LCA constitue, au surplus, la base du contrat d'assurance. b) A teneur de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de cette même loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. En l'occurrence, l'art. 1 CGA prévoit que le risque assuré est l'incapacité de travail due à une maladie et attestée par un médecin. Toujours selon les CGA, est incapable de travailler la personne qui, en raison d'une maladie, ne peut exercer son activité professionnelle habituelle ou, si l'incapacité dure un certain temps, reste dans l'impossibilité d'exercer toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes (art. 2.1 CGA). La notion de maladie est quant à elle définie comme toute atteinte à la santé physique ou mentale médicalement décelable et qui n'est pas due à un accident au sens de l'assurance-accidents selon la LAA, à une lésion assimilée à un accident au sens de l'assurance-accidents selon la LAA ou encore à une maladie professionnelle couverte au

titre de l'assurance accidents selon la LAA, et qui entraîne une incapacité de travail (art.

E. 2.1

in fine CGA ne saurait en tant que tel emporter un avis suffisant. En effet, au regard du principe dit de la confiance régissant l'interprétation des CGA, on ne saurait attendre de l'assuré qu'il soit à même de déduire de cette disposition l'obligation d'entreprendre de sa propre initiative et en temps opportun une reconversion professionnelle, sans du reste que n'y soit précisé le délai dont l'assureur pourrait se prévaloir à cet égard. En définitive, la défenderesse ne saurait valablement se prévaloir du cas d'application de l'art. 2.1 in fine pour échapper à son obligation d'allouer les prestations disputées, ce qui laisse subsister la question du taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle, taux déterminant au regard des conditions fixées à l'art. 8.1 CGA évoqué ci-dessus (cf. consid. 2b). d) Dans l'expertise indépendante qu'ils ont réalisée le 14 mai 2007 au sein de la clinique X._____ et sur laquelle la défenderesse s'est jusqu'à présent fondée pour refuser une quelconque prise en charge au-delà du 30 novembre 2006, les Drs W._____ et H._____ distinguent deux périodes, savoir celle précédant leur rapport d'expertise et celle qui lui est postérieure. Ils retiennent, pour la première période, une incapacité de travail complète du demandeur dans son activité habituelle. Ils sont rejoints sur ce point par l'ensemble des autres praticiens consultés, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. S'agissant de la seconde période, soit celle postérieure au 14 mai 2007, les experts de la clinique X._____ considèrent que l'incapacité de travail du demandeur dans son activité habituelle n'est plus que de 50% pour de seuls motifs ostéo-articulaires. Cette opinion se heurte à celles du Dr T._____ et de la Dresse N._____, lesquels retiennent une incapacité totale de travail pour cette même période, ce en raison de troubles psychiques. La Dresse N._____ atteste en particulier, par les différents certificats médicaux qu'elle a délivrés, une telle incapacité jusqu'en 2009. Quant à la Dresse P._____, elle évoque également, dans son rapport médical du 5 décembre 2008, une situation difficile sur le plan psychique, sans toutefois se déterminer sur la capacité de travail. Cela dit, il se justifie, s'agissant de la question du degré d'incapacité, de retenir les conclusions de l'expertise réalisée à la clinique X._____ dans la mesure où ce rapport satisfait aux réquisits jurisprudentiels lui conférant valeur probante, et dès lors que les autres avis médicaux divergents se rapportant à la période envisagée s'avèrent nettement moins documentés ou complets et émanent de médecins traitants du demandeur, de sorte qu'ils doivent être appréciés avec retenue. S'agissant de la durée de l'incapacité postérieurement à l'expertise des Drs H._____, les avis des médecins-traitants du demandeur doivent par contre être suivis en tant qu'ils démontrent à satisfaction de droit, ceci au degré de la vraisemblance prépondérante et à défaut d'avis pertinents contraires, qu'elle s'est prolongée en tout cas jusqu'en 2009. Au vu de ce qui précède, il se justifie de retenir que le demandeur a présenté une incapacité de travail de 100% du 1^{er} décembre 2006 au 14 mai 2007, puis de 50% dès le 15 mai 2007, ce dernier taux ayant subsisté jusqu'à l'échéance du droit aux prestations litigieuses. Il en résulte que la défenderesse est tenue d'allouer ses prestations d'assurance en proportion de ces incapacités et jusqu'à l'échéance contractuelle de 730 jours, soit jusqu'au 12 août 2008, ceci conformément aux art. 2.5 et 12.2 CGA selon lesquels il y a lieu de prendre en considération le délai d'attente et la durée d'indemnisation afférents au régime de l'assurance collective. En conclusion, il convient de faire droit aux conclusions subsidiaires du demandeur, d'admettre le recours en conséquence et de renvoyer la cause à la défenderesse afin qu'elle procède au calcul des prestations dues dans le sens des considérations qui précèdent et qu'elle en fixe les modalités d'octroi, compte tenu des

prestations qui auraient été servies par d'autres institutions ou assureurs sociaux pour la même période et qui sont légitimés à en réclamer la compensation.

E. 2.2

CGA). Enfin, selon l'art. 8.1 CGA, les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail de 25% au moins, proportionnellement au degré d'incapacité de travail attestée par un médecin. c) Selon une jurisprudence constante rendue en matière d'assurances sociales, valable également en matière d'assurances complémentaires (TASS, 24 novembre 2008, AMC 1/07), le juge des assurances doit, de manière générale (notamment lorsqu'il doit déterminer si un cas d'assurance est réalisé), examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). Le juge peut en particulier accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, c. 3b ee et les réf. citées). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin-traitant tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 125 V 351 précité, c. 3b ee et les réf. citées ; TF 6 février 2009, 8C_1051/2008). Quant aux expertises des parties, le seul fait que le document ait été commandé par une partie et produit dans la procédure ne permet pas d'avoir des doutes quant à sa force probante (RCC 1986 p. 200 c. 2a in fine). d) En matière d'assurances sociales (ATF 135 V 39, consid. 6.1), comme d'ailleurs en matière d'assurances privées (ATF 130 III 321), le juge fonde généralement sa décision sur des 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. Aussi, lorsque ce même juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves" ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2 e éd., p. 274 ; Guldener, Schweizerisches Zivilprozessrecht,

E. 3

a) En l'espèce, il n'est à juste titre pas contesté que le demandeur soit valablement passé du régime de l'assurance perte de gain collective à celui de l'assurance individuelle dès le 1^{er} décembre 2006. Il est également constant que l'incapacité de travail de l'intéressé tient à une

maladie. La défenderesse refuse toutefois d'allouer les prestations découlant du contrat d'assurance perte de gain individuelle au-delà de cette date, alléguant que le demandeur ne se trouvait plus à ce moment-là en incapacité de travail dans la mesure où l'expertise réalisée par les médecins de la clinique X. _____ le 14 mai 2007 lui avait reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte qu'il n'était plus réputé, au 1^{er} décembre 2006, "dans l'impossibilité d'exercer toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes" au sens de l'art. 2.1 in fine CGA.

Conformément à cette dernière disposition, il eût ainsi, selon la défenderesse, incombé au demandeur d'envisager un changement de profession. b) L'art. 2.1 in fine CGA précité, déterminant en tant qu'il est réputé préciser la notion d'incapacité de travail, n'en constitue pas moins l'expression du principe général de l'obligation faite à l'assuré d'entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui eu égard aux circonstances afin de réduire le dommage, en particulier en envisageant un changement d'activité, faute de quoi l'assurance s'en trouverait fondée à réduire, voire à refuser ses prestations. Ce principe général du droit des assurances, notamment énoncé à l'art. 61 LCA, a néanmoins fait l'objet d'une jurisprudence bien établie selon laquelle le devoir de l'assuré d'envisager un changement de profession s'accompagne de celui de l'assureur de l'avoir préalablement mis en demeure de le faire en lui accordant à cet égard un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors reste due - pour s'adapter à ces nouvelles contingences et prendre ses dispositions afin de trouver un emploi adapté à sa situation personnelle. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de l'assureur est en règle générale considéré comme adéquat (ATF 133 III 527, consid. 3.2.1 ; 127 III 106, consid. 4c ; TASS : 12 décembre 2006, AMC 36/04 ; 21 février 2007, AMC 21/06 ; 12 juin 2007, AMC 6/06).

c) En l'occurrence, la défenderesse n'a pas satisfait à ce devoir de mise en demeure préalable, ce dont elle ne disconvient du reste pas, dès lors qu'elle n'est pas à même d'en rapporter la preuve. A cet égard, le courrier qu'elle a adressé au demandeur le 20 octobre 2006 pour émettre des réserves quant à son obligation d'intervenir ne vaut à l'évidence pas avertissement quant à l'obligation d'envisager un changement d'activité. De même, la défenderesse ne saurait déduire de la résiliation des rapports de travail du demandeur la nécessité d'une reconversion opposable à ce dernier, dès lors que ni la police d'assurance, ni les CGA ne le prévoient. A cela s'ajoute enfin que l'art.

E. 4

a) Régissant le contrat en cause, la LCA ne contient aucune disposition sur la demeure ou l'intérêt moratoire, de sorte que les art. 102 ss CO sont applicables (art. 100 al. 1^{er} LCA). Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire, qui s'élève à 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO), est dû, dans le cas de la demeure par interpellation, à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu celle-ci (Thevenoz, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO ; TF, 25 février 2006, 5C.177/2005). b) En l'espèce, le contrat d'assurance ne fixe pas de terme comminatoire pour l'exécution ni ne réserve le droit de le fixer à l'une des parties (cf. art. 102 al. 2 CO). Dès lors, la défenderesse ne doit des intérêts moratoires au demandeur qu'à partir du moment où elle a été interpellée par celui-ci (art. 102 al. 1 CO). Pour qu'il y ait interpellation valable, il suffit que le créancier manifeste clairement de quelque manière - par écrit, verbalement ou par actes concludants - sa volonté de recevoir la prestation promise, sans indiquer les

conséquences de la demeure (ATF 129 III 535). Par courrier du 20 juin 2007, le conseil du demandeur a formellement mis la défenderesse en demeure de s'acquitter de ses obligations contractuelles. Ce courrier, qui constitue une interpellation, a été reçu par la défenderesse le lendemain (cf. courrier de cette dernière du 21 juin 2007). Le demandeur ayant droit aux indemnités journalières jusqu'au 12 août 2008, il convient de fixer au 16 janvier 2008 le dies a quo de l'intérêt moratoire, soit l'échéance moyenne entre le 22 juin 2007, lendemain de l'interpellation, et le 12 août 2008 (Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, in RVJ 1990 p. 372).

E. 5

Le présent jugement est rendu sans frais, conformément à l'art. 85 al. 3 LSA. Le demandeur, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie selon l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Ceux-ci sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (application analogique de l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu d'en fixer le montant à 2'000 fr., compte tenu d'un double échange d'écritures et de la tenue d'une audience.

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