

## VD\_FINDINFO Jug / 2011 / 203 vom 7. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Jug\\_\\_\\_2011\\_\\_\\_203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2011___203)

FR: VD\_FINDINFO Jug / 2011 / 203 du 7 septembre 2011

IT: VD\_FINDINFO Jug / 2011 / 203 del 7 settembre 2011

### Regeste

ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, RENTE D'INVALIDITÉ | 33 LCA, 404 al. 1 CPC (CH), 404 CPC (CH)

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 07.09.2011 Jug / 2011 / 203

ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, RENTE D'INVALIDITÉ | 33 LCA, 404 al. 1 CPC (CH), 404 CPC (CH)

TRIBUNAL CANTONAL AMC 2/09 - 21/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 7 septembre 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Jomini Juges : Mmes  
Röthenbacher et Pasche Greffière: Mme Favre \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
S. \_\_\_\_\_, à Vers-chez-Perrin, demanderesse, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à  
Lausanne, et F. \_\_\_\_\_, à Lausanne, défenderesse. \_\_\_\_\_ Art. 33 LCA; art  
404 CPC E n f a i t : A. Par l'intermédiaire de la [...], S. \_\_\_\_\_,  
naturopathe-homéopathe exerçant à titre indépendant, a conclu avec la F. \_\_\_\_\_  
(F. \_\_\_\_\_) un contrat d'assurance perte de gain entré en vigueur le 1 er janvier 2003,  
avec la couverture suivante : « Le chef d'entreprise, 100 % dès le 31 ème jour pour maladie,  
accident ». Ce contrat a pour objet le service d'indemnités journalières en cas d'incapacité  
de travail en raison d'une maladie ou d'un accident. Le montant conventionnel assuré a été  
fixé annuellement à 72'000 fr. ; l'indemnité journalière correspond aux 100 % du montant  
conventionnel assuré. Les conditions générales pour l'assurance maladie collective perte de  
salaire de la F. \_\_\_\_\_ (ci-après: CGA) contiennent notamment les clauses suivantes : "12  
Durée des prestations 12.1 Principe F. \_\_\_\_\_ verse, sous réserve des éventualités visées  
aux ch. 12.3 à 12.6, l'allocation journalière assurée pendant une période maximale de 730  
jours par maladie. Le délai d'attente convenu est imputé sur la durée maximale des  
prestations. Pour le calcul des prestations, les jours d'incapacité de travail partielle d'au  
moins 25% comptent comme jours entiers. 12.2 Exclusion Une fois écoulée la période  
prévue au ch. 12.1, cette maladie ne donne plus droit à des prestations et est exclue de la  
couverture d'assurance. Pour toute autre maladie, en cours ou non à ce moment, la  
couverture reste accordée selon les mêmes modalités (ch. 12.1), sous réserve toutefois que  
la première maladie ne donne pas déjà droit à une rente complète de l'assurance – invalidité  
fédérale." B. Le 26 juin 2006, S. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée) a adressé à la F. \_\_\_\_\_  
une déclaration d'accident, invoquant une incapacité de travail partielle à compter du 25  
mai 2006. La F. \_\_\_\_\_ a servi des indemnités journalières dès cette date et jusqu'au 24  
mai 2008, pour une incapacité de gain partielle ou totale selon les périodes. L'assurée a en  
effet été victime de deux chutes au printemps 2006. Elle a indiqué avoir subi une entorse du  
genou droit le 24 avril 2006, alors qu'elle effectuait une marche à l'occasion de vacances en

Thaïlande. Puis, le 24 mai 2006, en Suisse, elle a chuté dans un escalier et s'est fracturé un doigt. Comme ses douleurs au genou (gonalgies) étaient durables, elle a été opérée à Lausanne le 7 août 2006 (ménisectomie) sous anesthésie rachidienne. Après cette opération, l'assurée a souffert de lombalgie et d'algie du membre inférieur droit chroniques, d'origine indéterminée ; la symptomatologie douloureuse du membre inférieur droit limitait la reprise de l'activité professionnelle (ce qui a notamment été constaté par le Dr Z. \_\_\_\_\_, neurologue à Lausanne, qui a établi le 20 août 2007 une expertise médicale destinée à la F. \_\_\_\_\_). L'assurée admet que depuis le 25 mai 2006, à la suite des accidents du printemps 2006, la F. \_\_\_\_\_ lui a servi les prestations prévues par le contrat d'assurance en relation avec ces accidents, pour la période maximale prévue – soit 730 jours, le délai d'attente de 30 jours ayant été imputé (« épuisement des prestations » ; cf. lettre du 10 septembre 2008 de l'avocat de l'assurée à la F. \_\_\_\_\_, et lettre du 10 novembre 2008 de cet avocat au médecin conseil de l'assurance). C. Entre le 26 mars 2008 et le 22 avril 2008, l'assurée a été hospitalisée en milieu psychiatrique pour un épisode dépressif sévère. Auparavant, elle était suivie de manière ambulatoire depuis deux ans par la Dresse W. \_\_\_\_\_, psychiatre à Lausanne. D. Le 27 mai 2008, l'assurée a subi un accident vasculaire cérébral (AVC) avec un hémisynonyme sensitif et ataxique gauche et une dysarthrie. Elle a été hospitalisée au CHUV et elle a été en incapacité de travail à la suite de cette atteinte. E. Le 20 janvier 2009, S. \_\_\_\_\_ a adressé à la Cour des assurances sociales une demande dont les conclusions sont les suivantes : " I. Pour la période du 25 mai 2008 au 20 janvier 2009, F. \_\_\_\_\_ est la débitrice d'S. \_\_\_\_\_ et lui doit prompt et immédiat paiement du montant de fr. 47'549.30 (quarante-sept mille cinq cent quarante-neuf francs trente) avec intérêt à 5% l'an à compter du 21 septembre 2008 (échéance moyenne). II. A compter du 21 janvier 2009, F. \_\_\_\_\_ est la débitrice d'S. \_\_\_\_\_ d'indemnités journalières en application de la police d'assurance [...] aussi longtemps que celle-ci sera en incapacité de gain et jusqu'à concurrence de 730 indemnités à décompter dès le 25 mai 2008." Dans sa réponse du 10 mars 2009, la F. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet de la demande. La demanderesse s'est déterminée le 22 avril 2009. F. Parallèlement à ses démarches tendant à obtenir des prestations supplémentaires de la F. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_ a demandé des prestations de l'assurance-invalidité. Par une décision rendue le 16 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) lui a reconnu, dès le 1er septembre 2007, le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité, puis, dès le 1er juin 2008 (soit après trois mois d'aggravation depuis le 26 mars 2008 – début de l'hospitalisation en milieu psychiatrique), le droit à une rente entière. Le dossier AI contient notamment un rapport médical du 22 août 2008 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, médecin traitant de S. \_\_\_\_\_, qui pose les diagnostics de lombosciatalgies à prédominance droite depuis août 2006, de hémisynonyme sensitivo-moteur brachio-crural, troubles mnésiques et sphinctériens depuis juin 2008, ainsi que d'épisode dépressif sévère en mars 2008, pour lesquels il retient une incapacité de travail de 100% du 20 septembre au 31 décembre 2006, de 70% du 1er janvier 2007 au 25 mars 2008, et de 100% dès le 26 mars 2008, étant précisé que l'incapacité était toujours totale lors de son examen clinique du 15 août 2008. Le dossier AI comprend également un avis médical du 14 octobre 2008 du Dr K. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), qui retient une atteinte principale sous la forme de lombosciatalgies chroniques droites d'origine peu claire, à laquelle sont associés un hémisynonyme sensitivo-moteur gauche et des troubles mnésiques en juin 2008, ainsi qu'un épisode dépressif sévère en mars 2008. L'évolution de l'incapacité de travail est celle décrite

par le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 août 2008, le médecin du SMR préconisant toutefois la révision du droit à la rente au début de l'année 2009. Après avoir pris connaissance de la décision de l'Office AI du 16 octobre 2009, la défenderesse a fait valoir que dès lors que la demanderesse avait droit à une rente AI entière, il n'y avait plus d'indemnisation possible d'une autre maladie. G. Les parties ont comparu à l'audience d'instruction du 26 avril 2010. Avec leur accord, il a été décidé de mettre en œuvre un expert psychiatre chargé d'examiner la question du lien de causalité entre les complications postérieures aux chutes du printemps 2006, d'une part, et la grave dépression diagnostiquée en avril 2008, d'autre part ; l'expert avait en outre la mission de déterminer si cette grave dépression avait entraîné une invalidité et, le cas échéant, de quel degré et de quelle durée. Le procès-verbal de l'audience mentionne que la défenderesse ne met pas en doute l'absence de lien entre les douleurs survenues à partir de 2006 et l'accident vasculaire cérébral du 27 mai 2008. L'expertise a été confiée au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, à Sion. Dans son rapport du 17 août 2010, l'expert a exposé, en conclusion, ce qui suit : "Appréciation asséculo-logique La première question qui se pose ici est celle du lien de causalité entre les complications postérieures aux chutes du printemps 2006 d'une part et la grave dépression diagnostiquée en avril 2008 d'autre part. L'assurée S. \_\_\_\_\_ présentait vraisemblablement une fragilité antérieure aux chutes du printemps 2006. Elle est entre autres choses documentée dans le résumé d'hospitalisation de l'hôpital de Cery qui relate des éléments dépressifs de peu de sévérité après le décès de la mère en 2005. Dans un tel contexte, les chutes du printemps 2006 et les suites de l'intervention chirurgicale et de la rachianesthésie du 07.08.2006 valaient pour un facteur de stress. L'assurée a eu de grandes difficultés à accepter son handicap. Elle ne s'y attendait pas. Elle semble aussi avoir vécu les suites opératoires avec un sentiment de révolte et d'injustice. Elle a développé un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression. En l'état, on peut raisonnablement admettre que l'expertisée n'aurait pas développé un tel trouble s'il n'y avait pas eu les chutes du 24.04.2006, du 24.05.2006 et les troubles physiques apparus après l'opération du 07.08.2006. Si la fragilité antérieure a pu jouer un rôle défavorable, elle n'a vraisemblablement pas eu une valeur prépondérante dans le développement du trouble de l'adaptation et dans son maintien. Pour le soussigné, le lien de causalité naturelle entre les chutes et leurs suites et ce trouble de l'adaptation a une vraisemblance prépondérante (>50%), tout en sachant que l'incapacité de travail de l'assurée relevait des douleurs et des problèmes traumatologiques, comme l'a d'ailleurs souligné le médecin psychiatre traitant, et non pas du trouble de l'adaptation. En mars 2008, l'expertisée a développé un épisode dépressif sévère. Cet épisode s'est constitué dans le cadre d'un alcoolisme de plusieurs mois et des douleurs chroniques. Il y avait alors le facteur de stress supplémentaire d'un apparent échec de l'antalgie par neurostimulation. Il y avait l'anticipation de difficultés économiques. L'assurée a présenté à ce moment là une pathologie psychiatrique aiguë et sévère qui a été suivie d'une rémission après deux à trois mois. L'expert fait le même raisonnement pour l'épisode dépressif sévère survenu en mars 2008 que pour le trouble de l'adaptation. La causalité naturelle entre les chutes et les suites de l'intervention du 07.08.2006 est réalisée avec une vraisemblance prépondérante (>50%). Même s'il y a des facteurs étrangers aux événements traumatiques en cause, on voit mal comment l'expertisée aurait pu développer cet épisode dépressif sévère sans les chutes du printemps 2006, les suites de l'intervention chirurgicale du 07.08.2006 et tout ce qui en a suivi en termes de pertes. L'autre question à examiner est celle de l'incapacité de travail psychiatrique de l'assurée. Pour le soussigné, un trouble de l'adaptation ne saurait valoir pour une incapacité

de travail importante et de longue durée. Cette appréciation est d'ailleurs partagée par les médecins qui sont intervenus au dossier. La problématique somatique est constamment mise en avant. On ne trouve nulle part de limitations et des incapacités directement corrélées au trouble de l'adaptation de l'expertisée. Cette appréciation est rapportée telle quelle dans le rapport médical du médecin psychiatre traitant du 10.05.2007. Un épisode dépressif sévère est par contre de nature à limiter fortement la capacité de travail des personnes en cause. La chose relève de la fatigue, de la perte d'intérêt, des difficultés de concentration, de la perte de confiance en soi et des conséquences diurnes des troubles du sommeil. Pendant la période dépressive, l'expertisée n'était certainement pas à même de mettre en place des projets et de les conduire à terme, aussi petits soient-ils. Elle n'était pas capable d'exercer son métier pour de seuls motifs psychiatriques. Les médecins psychiatres de l'hôpital de Cery ont retenu à l'époque une incapacité de travail de 100% du 26.03.2008 au 30.04.2008 et pas plus. Avec les informations à disposition, le soussigné est d'avis que l'épisode dépressif sévère s'est installé dans le courant du mois de mars 2008. La période qui précédait comportait des éléments dépressifs. Ils n'allaient toutefois pas au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, d'après les informations données par l'assurée et ce qu'on trouve au dossier. Le trouble s'est installé rapidement. Tant l'assurée que sa compagne confirment une rémission rapide et un retour à l'état antérieur, au moins au moment de l'accident vasculaire cérébral du 27.05.2008. Puisqu'il faut dater et chiffrer, le soussigné retient les incapacités de travail psychiatriques suivantes qu'il relie exclusivement à l'épisode dépressif sévère et qui existaient de façon concomitante à l'état douloureux: - 100% entre le 01.03.2008 et le 30.04.2008, confirmant par là le terme validé par les médecins psychiatres de l'hôpital de Cery - 80% entre le 01.05.2008 et le 13.05.2008, y compris - 40% entre le 14.05.2010 et le 26.05.2008 y compris, soit la veille de l'accident vasculaire cérébral du 27.05.2008. Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique, avant le 01.03.2008. Il ne retient pas davantage d'incapacité de travail psychiatrique après le 27.05.2008 et ne retient pas, en particulier, d'incapacité de travail psychiatrique en relation avec l'épisode dépressif sévère après le 27.05.2008. Conclusions En conclusion, l'assurée est une femme de 61 ans, sans enfant, qui vit avec son amie une relation stable de près de vingt ans. S'il y a des antécédents personnels difficiles et une certaine instabilité, le soussigné est d'avis qu'ils ne sont pas suffisamment sévères pour permettre de poser un diagnostic de trouble de personnalité. L'assurée présente néanmoins une certaine fragilité qui se manifeste, notamment depuis le milieu des années 2000, par des phases de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression. On retrouve un trouble de l'adaptation dans le contexte de chutes au printemps 2006 et des suites d'une intervention du 07.08.2006. On retrouve aussi un alcoolisme entre 2006 et 2008 dans le contexte de douleurs rebelles au traitement et d'une cascade d'événements existentiels contraires. En 2008, l'assurée a par contre présenté un tableau d'épisode dépressif sévère documenté par une hospitalisation en milieu psychiatrique. Celui-ci vaut pour une incapacité de travail psychiatrique que le soussigné a chiffrée et datée plus haut et qui existait de façon concomitante à l'état douloureux. Le soussigné admet le lien de causalité naturelle entre les chutes du printemps 2006, les suites de l'intervention du 07.08.2006 et cet épisode dépressif sévère avec une vraisemblance prépondérante (>50%). Actuellement, l'assurée est en rémission de son épisode dépressif et le traitement spécialisé touche à son terme." Les parties ont pu se déterminer sur l'expertise. Elles n'ont pas modifié leurs conclusions. E n d r o i t : 1. Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le

contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (LAMal, RS 832.10). Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM ; ancienne référence RSV : 173.431). Cela visait, précisément, les assurances complémentaires selon la LCA. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été interprété dans le sens que cette Cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative (cf. JT 2009 III 106). Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance ; RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique. Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans de statuer. 2. Il n'est pas contesté que dès le 25 mai 2006, à la suite des accidents du printemps 2006 et des périodes d'incapacité de travail subséquentes, la défenderesse a versé à la demanderesse les prestations prévues à l'art. 12.1 CGA (allocation journalière assurée pendant une période maximale de 730 jours, le délai d'attente convenu étant imputé). Une fois cette période écoulée, l'art. 12.2 CGA prévoit que la (première) maladie ne donne plus droit à des prestations (1<sup>ère</sup> phrase). Pour que de nouvelles prestations soient accordées, en vertu de la même couverture d'assurance, il faut que survienne une « autre maladie » ; en pareil cas, la couverture reste accordée sur les modalités de l'art. 12.1 CGA, avec toutefois une réserve : « que la première maladie ne donne pas déjà droit à une rente complète de l'assurance-invalidité fédérale » (2<sup>e</sup> phrase). La première question à résoudre, en l'espèce, est celle de savoir si l'épisode dépressif à l'origine de l'hospitalisation en mars-avril 2008 est une « autre maladie » au sens de la clause précitée (cf. infra, consid. 3). La deuxième question est celle des conséquences, du point de vue des prestations de l'assurance complémentaire litigieuse, de la décision de l'Office AI octroyant à la demanderesse une rente entière (cf. infra., consid. 4). Il y aura lieu d'interpréter les conditions générales d'assurance, en l'occurrence l'art. 12 CGA, selon la théorie de la confiance et l'art. 33 LCA. La jurisprudence retient ce qui suit à ce propos (ATF 133 III 675 consid. 3.3; cf. également ATF 135 III 410 consid. 3.2; TF 4A\_172/2008 du 16 mai 2008 consid. 3.1). En présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition contractuelle, le juge doit 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 [code des obligations du 30 mars 1911, RS 220]). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance; il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances; le principe de la confiance permet ainsi d'imputer

à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime. Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions. Lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si celle-ci ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur. Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que 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. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture des conditions générales; si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées.

3. Le refus de la défenderesse de verser des indemnités journalières au-delà du 24 mai 2008 est justifié par le fait que la dépression de la demanderesse en mars 2008 ne peut pas être considérée comme une « autre maladie » parce qu'elle est en lien de causalité avec les troubles antérieurs à caractère invalidant. L'existence de ce lien de causalité entre les troubles survenus dès le printemps 2006 – chutes, suites de l'intervention du 7 août 2006 – est établie par l'expert Dr L.\_\_\_\_\_. Son rapport d'expertise n'est pas critiqué par les parties ; son appréciation finale sur ce point, selon le critère de la vraisemblance prépondérante, n'est pas contestée. La demanderesse admet elle-même que la preuve du lien de causalité a été apportée (cf. observations du 22 septembre 2010). Il s'agit dès lors de déterminer si, en raison de ce lien de causalité, l'épisode dépressif doit être compris comme un épisode ou une composante de la maladie initiale, ou si au contraire, nonobstant cette causalité, il doit être pour d'autres motifs considéré comme une autre maladie. Il est vrai qu'un épisode dépressif, pris isolément, est une atteinte à la santé qui se distingue clairement d'une lombalgie et d'une algie du membre inférieur droit. Toutefois, les causes de l'incapacité de travail, due à une maladie, doivent être appréciées ici de manière globale. En l'espèce, l'incapacité de travail durable a été causée d'abord par les conséquences de chutes à première vue sans gravité particulière, puis par les conséquences d'une intervention chirurgicale, puis par des douleurs chroniques. Cette succession d'événements traumatiques et de troubles s'inscrit dans un contexte général qui, avec un alcoolisme présent entre 2006 et 2008, a entraîné l'épisode dépressif sévère de 2008. Pour reprendre les termes de l'expert L.\_\_\_\_\_, on voit mal comment la demanderesse aurait pu développer l'épisode dépressif sévère sans les chutes du printemps 2006, les suites de l'intervention chirurgicale du 7 août 2006 et tout ce qui en a découlé en terme de pertes. Dans ces conditions, on peut parler globalement d'une seule maladie. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre, objectivement, le terme de maladie aux art. 12.1 et 12.2 CGA, de sorte que la survenance de l'épisode dépressif sévère en mars 2008 n'est pas une « autre maladie » que celle qui a donné lieu au versement des indemnités journalières pendant la période maximale, à partir du 25 mai 2006.

4. L'expert L.\_\_\_\_\_ n'a pas été invité à se prononcer sur le lien de causalité entre les douleurs survenues à partir de 2006 et l'accident vasculaire cérébral du 27 mai 2008. La défenderesse ne met en effet pas en doute l'absence d'un tel lien. En d'autres termes, elle admet que l'accident vasculaire cérébral est une « autre maladie ». Pour que cette autre maladie entraîne l'obligation, pour

la défenderesse, de verser à nouveau des indemnités journalières, il faut que « la première maladie ne donne pas déjà droit à une rente complète de l'assurance-invalidité fédérale » (art. 12.2, 2<sup>e</sup> phrase CGA). La demanderesse a, précisément, droit à une rente AI entière. D'après la défenderesse, le sens de la clause précitée est le suivant : elle admet l'octroi d'une nouvelle couverture d'assurance pour une autre maladie pour autant qu'il reste une capacité de travail assurable ; telle n'est pas le cas si la personne assurée est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Dans le cas particulier, la rente entière AI a été octroyée à partir du 1<sup>er</sup> juin 2008. L'Office AI a examiné la situation de la demanderesse de manière globale, sans déterminer la part respective de chaque atteinte à la santé dans le calcul du taux d'invalidité. Cela étant, depuis l'hospitalisation psychiatrique liée à l'épisode dépressif sévère (dès le 26 mars 2008), l'Office AI a considéré que l'état de santé de la demanderesse s'était aggravé au point qu'une rente entière était due. Pour l'autorité administrative, la demanderesse n'avait donc plus de capacité de travail et de gain significative dès le 26 mars 2008 ; et c'est uniquement en raison de la réglementation de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) que cette aggravation n'a pas justifié immédiatement l'octroi d'une rente entière, mais seulement après une période de trois mois. Certes, d'après l'expert L. \_\_\_\_\_, au moment de l'accident vasculaire cérébral du 27 mai 2008, la demanderesse n'avait plus une incapacité de travail totale (à 100 %) pour des motifs psychiatriques, mais seulement de 40%. Toutefois l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas les lombosciatalgies chroniques invalidantes, présentes depuis 2006, attestées tant par le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin traitant, que par le SMR (cf. supra, let. F.). Or, du point de vue de l'Office AI et s'agissant de la « première maladie », l'atteinte principale à la santé n'est pas d'ordre psychiatrique, mais consiste principalement en des lombosciatalgies chroniques invalidantes, auxquelles s'ajoutent des pathologies associées. Il est vrai que c'est en raison de la survenance de ces pathologies associées – d'abord l'épisode dépressif sévère, puis l'hémisyndrome sensitivo-moteur, apparu quelques jours après l'AVC – que le droit à la rente entière et non plus partielle, a été reconnu. Cela étant, lorsqu'il a rendu sa décision formelle d'octroi de rente le 16 octobre 2009, l'Office AI a considéré que le taux d'invalidité était toujours propre à justifier l'octroi d'une rente entière, malgré la proposition du SMR de réviser la rente au début de l'année 2009 (cf. avis médical du SMR du 14 octobre 2008). Interprétée selon les principes rappelés plus haut (consid. 2), la clause de l'art. 12.2 CGA signifie que si une première maladie chronique est finalement invalidante, en fonction de l'appréciation globale de l'état de santé effectuée par les organes de l'assurance-invalidité, au point de justifier l'octroi d'une rente AI entière pour une durée indéterminée (jusqu'à une éventuelle révision), la survenance d'une nouvelle maladie ne peut pas donner droit à des indemnités journalières, le cas échéant pour une nouvelle période de 730 jours. En d'autres termes, lorsque les problèmes de santé initiaux justifient l'octroi d'une rente entière de l'AI, parce que le taux d'invalidité est de 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]), après un délai d'attente d'une année depuis le début de l'incapacité de travail notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), l'art. 12.2 CGA exclut le droit à de nouvelles indemnités journalières, car l'assuré ne dispose en principe plus d'une capacité suffisante de gain et n'est plus, d'après la décision administrative, dans la situation d'exercer son activité professionnelle habituelle, en relation avec laquelle le contrat d'assurance-maladie perte de salaire avait été conclu. C'est ce que la défenderesse veut dire en exposant qu'il ne reste plus, en pareil cas, de capacité de travail assurable. L'art. 12.2 CGA ne prévoit pas la même réserve lorsque

l'assuré a droit à un quart, une demie ou trois quarts de rente AI, à savoir lorsque son taux d'invalidité est inférieur à 70 % et qu'il est donc censé pouvoir travailler à temps partiel. Cette différence de traitement, au détriment de l'assuré invalide qui perçoit une rente entière, est fondée sur des motifs objectifs, à savoir sur l'existence ou non d'une capacité de travail assurable. En définitive, dans le cas particulier, l'élément décisif est l'octroi à la demanderesse d'une rente AI entière, à cause d'une atteinte à la santé correspondant à la notion de première maladie, pour l'assurance complémentaire. Peu importe que l'invalidité, persistant après l'épisode dépressif, soit également due à l'accident vasculaire cérébral, considéré comme une nouvelle maladie. Dans l'appréciation globale des organes de l'assurance-invalidité, cela n'est pas déterminant. Dans ces conditions, la réserve de l'art. 12.2 in fine CGA est applicable, ce qui exclut le maintien de la couverture d'assurance complémentaire après la fin des prestations dues en relation avec la première maladie. 5. Il s'ensuit que les conclusions de la demanderesse, mal fondées, doivent être rejetées. Vu l'issue du litige, il se justifie de statuer sans frais ni dépens (cf. art. 85 LSA dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2010). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales : I. Rejette la demande. II. Dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le président : La greffière: Du Le dispositif du jugement qui précède est communiqué par écrit aux parties. La greffière: Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Joël Crettaz (pour Mme S. \_\_\_\_\_) ■ F. \_\_\_\_\_ par l'envoi de photocopies. Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal, Cour d'appel civile, un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint. La greffière:

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