VD_FINDINFO Jug / 2012 / 98 vom 11. April 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2012___98

FR: VD_FINDINFO Jug / 2012 / 98 du 11 avril 2012

IT: VD_FINDINFO Jug / 2012 / 98 del 11 aprile 2012

Regeste

ASSURANCE COLLECTIVE, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, AFFECTION PSYCHIQUE, INTÉRÊT MORATOIRE | 102 al. 1 CO, 18 al. 1 CO, 33 LCA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.04.2012 Jug / 2012 / 98

ASSURANCE COLLECTIVE, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, AFFECTION PSYCHIQUE, INTÉRÊT MORATOIRE | 102 al. 1 CO, 18 al. 1 CO, 33 LCA

TRIBUNAL CANTONAL AMC 17/08 - 7/2012 ZN08.028768 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Jugement du 11 avril 2012 _____ Présidence de M. Jomini Juges : MM. Berthoud et Monod, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : B._____ , à Châtillens, demanderesse, représentée par Me François Magnin, avocat à Morges, et Caisse F._____ , à Martigny, défenderesse. _____ Art. 33 LCA; art. 18 al. 1 et 102 al. 1 CO E n f a i t : A. B._____ (ci-après: l'assurée), née le 19 décembre 1957, a travaillé depuis le 1 er février 1992 comme infirmière au service de la fondation Etablissement médico-social (EMS) D._____ à [...]. Les rapports de travail ont pris fin le 31 juillet 2008. Pendant plusieurs années (depuis juillet 1995), l'assurée a exercé la fonction d'infirmière-cheffe. Le 9 octobre 2007, la direction de l'EMS D._____ lui a signifié qu'elle serait désormais occupée en tant qu'infirmière adjointe au futur chef infirmier, cet avis valant d'ores et déjà lettre de licenciement si elle ne manifestait pas son accord quant à la modification proposée. L'intéressée n'a pas accepté cette modification. Son licenciement lui a été confirmé par lettre du 24 octobre 2007. A cause d'une incapacité de travail résultant d'une maladie (cf. infra), l'échéance des rapports de travail a été reportée au 31 juillet 2008 (cf. art. 336c al. 1 let. b CO [code des obligations du 30 mars 1911, RS 220]). B. L'EMS D._____ a conclu avec la Caisse F._____ (membre du W._____) une assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 2008 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), couvrant, pour l'ensemble de son personnel, les conséquences économiques d'une incapacité de travail. Ce contrat est entré en vigueur le 1 er janvier 2008. Auparavant, l'EMS D._____ avait conclu une assurance analogue avec la compagnie P._____. Les conditions générales de l'assurance collective de la Caisse F._____ prévoient, comme prestations, « l'indemnité journalière […] allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% » (art. 12 ch. 1). L'incapacité de travail peut résulter notamment de la maladie (art. 1). On entend par là « toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité de travail » (art. 3 ch. 1). L'indemnité journalière prévue par ce contrat collectif, pour l'assurée, était de 284 fr.

65, versée après un délai d'attente de 30 jours (cf. lettre de la Caisse F._____ du 28 février 2008, proposition pour une assurance individuelle aux mêmes conditions, s'agissant de l'indemnité journalière, que l'assurance collective [pièce 22]). Selon le contrat collectif, la durée des prestations en cas de maladie est de 730 jours (avec imputation du délai d'attente). Par ailleurs, l'art. 23 ch. 2 des conditions générales de l'assurance collective dispose que « l'assureur intervient subsidiairement pour la part de perte de gain ou de salaire non couvert par un assureur social, et ceci dans les limites des prestations prévues dans la police ». C. Le 19 octobre 2007, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant de l'assurée, a établi pour elle un certificat d'incapacité de travail de 100%, dès le jour même et pour une durée indéterminée. Cette maladie a été déclarée par l'employeur à la compagnie P._____. Le Dr S._____ a établi de nouveaux certificats médicaux : - le 3 décembre 2007, attestant une incapacité de travail à 100% « depuis le 19 octobre 2007 au 31 décembre 2007, et ceci pour une durée indéterminée » ; - le 28 décembre 2007, attestant une incapacité de travail à 100% « depuis le 19 octobre 2007 au 31 janvier 2008, et ceci pour une durée indéterminée » ; - le 25 janvier 2008, attestant une incapacité de travail à 100% « depuis le 19 octobre 2007 au 29 février 2008, et ceci pour une durée indéterminée » ; - le 29 février 2008, attestant une incapacité de travail à 100% « depuis le 19 octobre 2007 au 30 mars 2008, et ceci pour une durée indéterminée » . Dès le 1 er janvier 2008, la Caisse F._____ a été informée de cette maladie. Le 14 janvier 2008, un agent de la Caisse F._____ (un visiteur des malades) a rencontré l'assurée et recueilli ses déclarations dans un « rapport de visite ». Elle a parlé de dépression et de burn-out, la dégradation de sa santé étant imputable au contexte de travail. Elle a précisé que son médecin traitant, le Dr S._____, lui avait suggéré la prise en charge par un psychiatre, mais qu'elle avait écarté cette proposition. Le Dr S._____ a rempli, à l'invitation de la Caisse F._____, un « rapport médical initial » daté du 26 février 2008 retenant le diagnostic d'épisode dépressif sévère, en mentionnant une « longue histoire de burn-out », évoquée dans une expertise psychiatrique de 2006 (réalisée sur mandat de la compagnie P._____). Cette première expertise avait été établie par le Dr Y._____, psychiatre, qui a été chargé par la Caisse F._____ d'effectuer une nouvelle expertise psychiatrique. Le rapport d'expertise du 7 avril 2008 comporte les passages suivants : « Résumé de la précédente expertise du Dr Y._____, du 15 mai 2006 (p.7): - épisode dépressif avec syndrome somatique à degré moyen, en décours, - épuisement physicopsychique (burn-out), également en décours. Bien que l'assurée ait repris, sur sa propre initiative, une activité complète dès le 1 er mai 2006, l'expert formule un risque pour d'autres décompensations, ceci surtout si les mesures complémentaires ne sont pas prises. On évoque ici par exemple aménagement de son cahier des charges, résolution du conflit avec la cheffe, soutien psychothérapeutique, etc. […] Discussion (p. 11ss): La situation qui nous préoccupe concerne une femme d'origine vietnamienne qui a actuellement 50 ans et qui travaille depuis longtemps (diplôme 1985) en tant qu'infirmière. Depuis 1995 (à savoir 13 ans maintenant), elle est engagée en tant qu'infirmière-cheffe dans un établissement médicosocial à [...]. Il existe depuis plusieurs années une conflictualité avec sa directrice dont l'origine était difficile à déterminer. Nous avons déjà vu la situation en 2006, où l'assurée s'est trouvée dans un état d'épuisement très avancé, même en état dépressif. Visiblement, il y a eu beaucoup de temps auparavant des "minages" où l'écart entre les pressions de rendement et les ressources de l'assurée s'est creusé progressivement. A part sa problématique de longue date du côté de ses supérieurs (directrice et Fondation, bien connues dans la région selon son médecin), il existe aussi un facteur constitutionnel non

négligeable: Madame B._____ est une femme de petite taille, svelte, physiquement fine, méticuleuse, de tendance très ordrée, mais probablement sans le “charisme” d’une gestionnaire de personnel. Il est possible qu’il y ait eu ici interaction entre les facteurs intrinsèques et les facteurs appartenants à l’EMS et à la personnalité apparemment particulière de sa directrice. Il ne nous appartient pas de prendre position ici, mais les événements que l’assurée dépose (et qui ont été confirmés par son médecin-traitant), en particulier des problèmes d’évaluation, la pression pour l’établissement de faux certificats, les accusations “publiques”, etc., ont probablement dépassé ce qui est habituellement et humainement admissible. En conséquence, l’assurée s’est trouvée dans un état de détresse si important qu’un arrêt de travail a dû être formulé. Vu le contexte et le concret des informations obtenues, nous ne pensons pas qu’il s’agisse ici de “certificats de complaisance” ou d’une “récupération”. La déstabilisation dans un sens anxiodépressif était effectivement sévère et confirme indirectement les craintes que nous avions émises en 2006. La question est maintenant de savoir pourquoi cet état perdure malgré le fait que l’assurée est licenciée. Elle pourrait théoriquement tourner le dos à son ex-employeur, mais elle ne le fait pas. Au contraire, nous l’avons rencontrée dans un état psychique très particulier où elle parle spontanément comme si elle était toujours en face de sa directrice. Visiblement, ce qui était traumatisant pour elle n’est pas encore dépassé. Son mari nous a transmis une réflexion intéressante. Son épouse, en tant que bouddhiste, a depuis toujours été dans une attitude plutôt de soumission et de service. Or, avec les humiliations infligées et vécues, sa marge de tolérance aurait été dépassée à un tel point qu’il ne reste que de la colère, mais qui est à la fois colère contre elle, à la fois contre ses adversaires, et qu’elle n’a jamais appris à la gérer. Son médecin-traitant confirme indirectement cette hypothèse en parlant de l’ampleur du déshonneur, d’une blessure tellement profonde que la personne se sent presque anéantie ou qu’elle pourrait préférer la mort. Lui aussi était interpellé par le fait que l’assurée ne veut/peut pas quitter un état de souffrance. Chaque fois qu’on lui fait des propositions dans un tel sens, elle refuse ou elle va plus mal. De notre côté, les impressions étaient très proches. Lorsque, voyant l’assurée dans un tel état de perturbation affiché, nous avons proposé/discuté la nécessité d’une hospitalisation, l’assurée a refusé en disant qu’elle se sent mieux chez elle avec son mari. Lorsque nous avons procédé à une vérification des médicaments prescrits, nous avons dû constater qu’elle prend bien l’antidépresseur, mais nullement le neuroleptique. Ce fait est difficile à interpréter en soi, mais montre indirectement (comme l’observation précédente), qu’elle se garde bien un potentiel/marge de décision, autrement dit qu’elle n’est pas si souffrante qu’elle ne puisse se soumettre à toute proposition qui pourrait l’aider. En finalité, c’est comme si elle ne pouvait pas admettre d’aller mieux car ceci voudrait dire “donner raison” à ses adversaires. Tant que son honneur ne sera pas rétabli, elle pourrait tout mettre en oeuvre pour maintenir sa souffrance. Dans ce contexte, nous voyons d’une manière très sceptique la mise en place d’une plainte pénale; il est ici à craindre que la conflictualité, mais aussi la souffrance affichée, vont se pérenniser. Il est donc nécessaire, malgré toute la compréhension pour sa situation difficile, de statuer dans le sens qu’un rétablissement progressif est possible d’une manière médicothéorique. Diagnostics et conclusions (p. 14): - trouble de l’adaptation avec réaction anxieuse dépressive et perturbation des comportements mixtes (F 43.22 et 43.23 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10), actuellement encore en vigueur. Le contrat de travail se termine définitivement le 31.06.2008. Il s’agit d’une personne intelligente qui, malgré ce qui lui arrive, est apte à comprendre la nécessité d’aller en avant et nous pensons aussi qu’elle est elle-même consciente de ses quelques

tendances aux contrevérités. Des mesures thérapeutiques supplémentaires sont certainement nécessaires, que ce soit sous forme de coordination de réseau, hospitalisation ou autres. Mais c'est essentiellement une décision intérieure qui est attendue ici, une sorte de mobilisation pour quitter la partie démonstrative de la souffrance. Sous ces conditions (et nous pensons qu'elles sont exigibles chez cette assurée), nous pensons qu'elle pourrait être rétablie au plus tard le 1 er juillet 2008 et raisonnablement s'orienter vers un autre avenir professionnel et social. Il est possible qu'elle doive, dans le contexte de l'évolution, prendre une part de réalisme et de remise en question sur elle, éventuellement admettre que les exigences d'une infirmière-cheffe la mettent plus en risque de souffrance qu'en chance d'épanouissement ». D. Le 15 avril 2008, la Caisse F._____ a informé l'assurée que, suite à l'étude attentive du dossier médical par son médecin-conseil, l'intéressée était jugée médicalement apte à reprendre le travail à 100% dès le 1 er juillet 2008, respectivement à s'inscrire à l'assurance-chômage. L'assurance a indiqué qu'elle verserait les indemnités journalières en fonction de cela. Puis, dans une lettre du 4 septembre 2008, la Caisse F._____ a indiqué à son assurée qu'elle repoussait au 31 juillet 2008 le terme de ses prestations (« Nous vous informons que nous maintenons notre limitation, conformément aux expertises du Dr Y._____ ; cependant, la date est repoussée au 31 juillet 2008, date à laquelle les rapports de travail ont pris fin »). L'intéressée n'avait en effet pas repris le travail au mois de juillet 2008. E. L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle le 1 er août 2008. Dans le courant du mois d'août 2008, l'assurée a demandé à la Caisse F._____ de la transférer comme assurée individuelle. Le 27 août 2008, l'assurance lui a répondu ce qui suit : « Afin de pouvoir enregistrer votre transfert comme membre individuel au 1 er août 2008, nous avons besoin du premier décompte du chômage, par conséquent, nous vous saurions gré de bien vouloir nous le transmettre […] avant le 31 octobre 2008, faute de quoi votre droit sera éteint ». Le 2 septembre 2008, l'avocat de l'assurée a répondu à la Caisse F._____ que sa cliente était toujours en incapacité de travail à 100% (« malgré les prévisions optimistes du Dr Y._____ ») et qu'elle n'était pas en situation de pouvoir s'inscrire à l'assurance-chômage. La Caisse F._____ a reçu cette lettre le 3 septembre 2008. Le 11 septembre 2008, la Caisse F._____ a écrit au mari de l'assurée pour l'informer qu'elle maintenait sa position, et qu'elle considérait que l'intéressée pouvait s'inscrire à l'assurance-chômage. L'assurée s'est alors annoncée à l'Office régional de placement (ORP, division juridique, Lausanne). Dans une lettre du 15 septembre 2008, l'ORP a pris acte qu'elle revendiquait les prestations de l'assurance-chômage à compter du 5 septembre 2008, et qu'elle s'estimait, sur la base d'un certificat médical du Dr S._____, en incapacité de travail à 100%. L'ORP a donc informé l'intéressée qu'il serait amené à statuer sur son aptitude au placement ; il lui a demandé des renseignements complémentaires sur le plan médical. Le 23 octobre 2008, l'ORP a informé la Caisse cantonale de chômage qu'il avait « renoncé à rendre une décision administrative, l'assurée remplissant les conditions relatives à l'aptitude au placement définies à l'article 15 LACI », parce que son incapacité de travail devait « être qualifiée de passagère, conformément à l'art. 28 LACI ». L'art. 28 al. 1 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage, RS 837.0), auquel il est ainsi fait référence, a la teneur suivante : « Les assurés qui, passagèrement, ne sont aptes ni à travailler ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison d'une maladie (art. 3 LPGA), d'un accident (art. 4 LPGA) ou d'une grossesse et qui, de ce fait, ne peuvent satisfaire aux prescriptions de contrôle, ont droit à la pleine indemnité journalière s'ils remplissent les autres conditions dont dépend le droit à l'indemnité. Leur droit persiste au plus jusqu'au 30 e jour suivant le

début de l’incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre ». La Caisse cantonale de chômage a payé à l'assurée des indemnités journalières pour la période comprise entre le 5 septembre 2008 et le 3 octobre 2008, pour un montant total de 5'422 fr. 75 (16 indemnités journalières, compte tenu d’un délai d’attente). F. L'assurée a été affiliée par la Caisse F._____ dès le 1 er août 2008 comme assurée à titre individuel (assurance indemnité journalière LCA, police n°817054). Le montant journalier assuré est, selon la police, de 252 fr., avec un délai d’attente de 30 jours. G. Le Dr S._____ a effectivement (cf. supra, let. E) établi de nouveaux certificats médicaux, attestant une incapacité de travail à 100% de l'assurée jusqu’au 31 août 2008 (certificat du 25 juillet 2008), puis jusqu’au 30 septembre 2008 (certificat du 29 août 2008). Le 26 août 2008, la Dresse N._____, psychiatre à Lausanne, a écrit au médecin-conseil de la Caisse F._____ une lettre où elle indiquait être le psychiatre traitant de l'assurée depuis le 26 mai 2008, à la demande du Dr S._____. A propos de l’état de santé de sa patiente, la Dresse N._____ a exposé ce qui suit : « A l’arrêt de travail depuis des mois pour un épisode dépressif sévère, Mme B._____ est vue régulièrement par son médecin traitant, et a également bénéficié d’un traitement de crise au CHUV, de janvier à mai 2008, en raison de l’aggravation symptomatique, en particulier des idées suicidaires. Elle a un traitement médicamenteux conséquent (Efexor 225 mg/j, Remeron 45 mg/j et Seroquel 50 mg le soir), ainsi qu’une prise en charge corporelle. L’évolution est lentement favorable, avec des fluctuations parfois marquées. Lorsqu’elle est chez elle, ou au cabinet médical, Mme B._____ se sent par moments plus calme, moins angoissée, et a pu reprendre de petites activités telles que la couture. Le contact avec d’autres personnes reste cependant très difficile, suscitant d’importantes angoisses. Son vécu professionnel de ces dernières années est toujours l’objet de ruminations parfois obsédantes. Elle garde un sommeil troublé avec des cauchemars et présente des idées suicidaires lors d’exacerbations anxieuses. Ainsi, actuellement, Mme B._____ n’est à mon avis pas en état de reprendre une activité professionnelle et présente une incapacité de travail de 100%. L’évolution progressivement favorable, même si elle est lente, peut faire espérer une reprise d’activités dans les prochains mois, mais il ne m’est pas possible de fixer une date ». Le 28 octobre 2008, la Dresse O._____, médecin au Département de psychiatrie du CHUV, a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée dans cet établissement depuis le 21 octobre 2008 ; à la date de ce certificat, la durée d’hospitalisation était indéterminée. Le 7 novembre 2008, la Caisse F._____ a écrit ceci à l’avocat de l’intéressée : « Nous maintenons notre décision de limiter les prestations dès le 1 er août 2008, mais le dossier est à nouveau ouvert dès le 21 octobre 2008, date à laquelle Mme B._____ a été hospitalisée et ceci pour une durée indéterminée ». H. Le 30 septembre 2008, B._____ a adressé au Tribunal des assurances du canton de Vaud une demande (« requête ») dont les conclusions sont les suivantes : « Ordre est donné à La Caisse F._____ de servir à la requérante B._____ les prestations dues selon le contrat d’assurance no 817054-CV au-delà du 1 er août 2008 et jusqu’à la date qui sera précisée en cours d’instance ». I. Depuis le 1 er janvier 2009, la cause est traitée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a succédé au Tribunal des assurances. Dans sa réponse du 5 janvier 2009, la Caisse F._____ a conclu au rejet de la demande et à la confirmation de sa position selon laquelle les prestations sont versées jusqu’au 31 juillet 2008. La demanderesse a déposé des déterminations le 17 février 2009. Puis, dans un procédé écrit du 25 mai 2009, elle a précisé ainsi ses conclusions : «I. Ordre est donné à La Caisse F._____ de servir à la requérante B._____, dès le 1 er août 2008 et jusqu’à la date qui sera précisée en cours d’instance, les prestations dues selon

sa proposition d’assurance no 817054-CV du 28 février 2008, soit [284 fr. 65] par jour, sous déduction de la somme de [5'422 fr. 75] versée par la Caisse cantonale de chômage et des indemnités déjà versées par La Caisse F._____ depuis le 21 octobre 2008 ». Le 21 octobre 2009, la demanderesse a présenté la conclusion II suivante, qu’elle avait omise jusque là par inadvertance : « II. Les montants dus portent intérêt à 5% l’an dès les échéances moyennes du 11 septembre 2008, s’agissant des indemnités dues pour la période du 1 er août au 20 octobre 2008, et du 20 avril 2009, s’agissant du solde des indemnités dues pour la période du 21 octobre 2008 au 17 octobre 2009 ». Le 29 juin 2009, la Caisse F._____ a confirmé ses conclusions initiales. Le 9 novembre 2009, elle a fait valoir que la demanderesse ne pouvait prétendre à des intérêts moratoires avant le 30 septembre 2008. J. Dans le cadre de l’instruction, une audience a été organisée le 7 mai 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Des médecins ont été invités à adresser au tribunal des rapports complémentaires. Le 30 juin 2009, les Drs G._____, chef de clinique adjoint, et O._____, médecin assistant, du Service de psychiatrie générale du CHUV, ont adressé à la Cour de céans la copie d’un rapport rédigé par eux le 29 juin 2009 à l’intention de l’Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Ce rapport indique que l'assurée a été hospitalisée dans ce service, à cause d’un état dépressif sévère (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, F33.2) ; son incapacité de travail est totale depuis le début de l’hospitalisation, le 21 octobre 2008. Le Dr S._____ a rédigé un rapport le 14 juillet 2009. Il a indiqué notamment que l’incapacité de travail de l'assurée demeurait totale, pour une longue durée. Cliniquement, son état de santé ne s’était que peu amélioré après plus de six mois d’hospitalisation en milieu psychiatrique. Selon le Dr S._____, « le pronostic est sombre, tant du point de vue psychologique (dépression chronifiée, risque de suicide) que de la capacité de travail (pas de reprise prévisible) ». Le 21 août 2009, la Dresse N._____ a écrit ce qui suit : « J’assure le suivi psychiatrique ambulatoire de Mme B._____ depuis le 26 mai 2008, à la demande de son médecin traitant le Dr S._____, après que le traitement de crise dont elle a bénéficié au CHUV de janvier à mai 2008 s’est terminé. Elle y avait été adressée en raison de l’aggravation symptomatique d’un état dépressif sévère, avec des idées suicidaires. Lorsque je commence le suivi de Mme B._____, la symptomatologie dépressive est toujours présente, mais moins sévère qu’en début d’année. L’évolution est très lentement favorable dans un premier temps, avec des fluctuations marquées. Lorsque le contexte est rassurant, comme chez elle, ou au cabinet médical, elle peut se sentir par moments plus calme, moins angoissée, commence à reprendre de petites activités à domicile, comme la couture. Mais elle reste très fragile, le contact avec d’autres personnes que sa famille proche ou ses médecins traitants reste très difficile, suscitant d’importantes angoisses. Son vécu professionnel de ces dernières années est l’objet de ruminations obsédantes. Elle a des troubles du sommeil et des idées suicidaires lors d’exacerbations anxieuses. A ce moment, comme son médecin traitant, j’évalue son incapacité de travail à 100%. Travaillant depuis 15 ans dans le même EMS, très investie dans son travail, avec des exigences très élevées, elle a vécu dramatiquement les critiques et la non reconnaissance dont elle a été l’objet ainsi que son licenciement. La très discrète amélioration qu’elle a présentée entre mai et septembre 2008, même si elle n’est pas encore compatible avec une activité professionnelle, même à temps partiel, a pu faire espérer une reprise ultérieure. Malheureusement, l’évolution a été ensuite défavorable, avec des idées suicidaires envahissantes qui nécessitent une hospitalisation en milieu psychiatrique du 21 octobre 2008 au 1 er mai 2009. Malgré un séjour prolongé et une thérapie intensive très diversifiée

l’amélioration de l’état de Mme B._____ n’est que très partielle. Elle reste très fragile, avec une symptomatologie dépressive persistante, des angoisses parfois massives, et des idées suicidaires. On note aussi des troubles de la concentration et de la mémoire. Depuis sa sortie, un encadrement important est nécessaire: hôpital de jour avec ergothérapie et musicothérapie deux fois par semaine, physiothérapie, suivi hebdomadaire à ma consultation, avec une médication conséquente, suivi chez son médecin traitant. Sa famille est également très mobilisée, jamais Mme B._____ n’est laissée seule, par crainte d’un passage à l’acte suicidaire qu’elle a déjà tenté à plusieurs reprises. En conclusion et en réponse à votre question, Mme B._____ présente une incapacité de travail totale depuis le 1 er juillet 2008 (depuis octobre 2007 en fait), et jusqu’à aujourd’hui. Le pronostic est très réservé vu la gravité et la durée des symptômes. Une demande a été faite auprès de l’Assurance Invalidité durant le séjour hospitalier ». K. La Caisse F._____ a précisé le 10 janvier 2012 qu’elle avait versé à la demanderesse les indemnités journalières suivantes : pour la période du 21 octobre 2008 au 17 octobre 2009 : 91'224 fr., soit 362 jours à 252 fr., pour une incapacité de travail à 100%. Ces prestations ont été versées en fonction d’une « nouvelle proposition de passage en individuel » présentée par la Caisse F._____ à la demanderesse, en application de l’art. 11 ch. 1 des conditions générales de l’assurance collective, qui prévoit que l’assuré qui « cesse d’appartenir au cercle des assurés, a le droit de poursuivre sa couverture d’assurance en qualité de membre individuel » s’il est « réputé chômeur » (hypothèse retenue en l’espèce) ou s’il est « en incapacité de travail ». Cette couverture d’assurance était proposée à partir du 1 er août 2008 (date de la fin des rapports de travail). 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 LCA (loi fédérale du 2 avril 2008 sur le contrat d’assurance, RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l’assurance-maladie sociale (LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10] ; cf. art. 12 al. 3 LAMal). 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 er 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 er janvier 2011. Ainsi, depuis le 1 er 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 er 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. Les prétentions de la demanderesse sont fondées sur un contrat d’assurance-maladie collective. Le preneur d’assurance est l’ancien employeur de la demanderesse, laquelle est en vertu du contrat une personne assurée. Les clauses

contractuelles figurent dans la police d’assurance et dans les conditions générales (CGA). Il y a lieu d'interpréter ces clauses, notamment les conditions générales d'assurance, 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. La demanderesse réclame des indemnités journalières fondées sur le contrat d’assurance collective conclu par son ancien employeur. a) La défenderesse a alloué des indemnités journalières, sur la base du contrat collectif, à cause d’une incapacité de travail à 100%, résultant de la maladie, ayant débuté le 19 octobre 2007. D’après ce contrat, la durée des prestations est de 730 jours. Le versement d’indemnités journalières était donc exclu au-delà du 17 octobre 2009 (date à laquelle la défenderesse a mis fin à ses prestations). Comme les indemnités journalières ont été versées, sur la base du contrat collectif, jusqu’au 31 juillet 2008 (date de la fin des rapports de travail), la question litigieuse est celle de la reconnaissance du droit à ces prestations pour une période plus longue, entre le 1 er août 2008 et le 17 octobre 2009. b) En se fondant sur l’expertise psychiatrique du Dr Y._____ du 7 avril 2008, la défenderesse a considéré que la demanderesse était capable de travailler du 1 er août 2008 jusqu’à la veille de son hospitalisation, qui a eu lieu le 21 octobre 2008. En revanche, dès le 21 octobre 2008 et jusqu’au 17 octobre 2009, la défenderesse a estimé qu’il existait une incapacité de travail médicalement attestée, puisqu’elle a versé les prestations entières (indemnité journalière complète) en fonction des conditions de l’assurance individuelle. Il ne se justifie pas d’examiner plus en détail l’état de santé de la demanderesse durant l’hospitalisation (du 21 octobre 2008 au 1 er mai 2009) ni durant les mois qui ont directement suivi cette hospitalisation. Il faut en effet admettre qu’il y avait une incapacité de travail totale ou

suffisamment importante – comme cela résulte du reste de l'indemnisation effective par la défenderesse, jusqu'au terme entrant en considération. En effet, si la défenderesse reconnaît devoir des indemnités journalières dans le cadre de l'assurance individuelle, en raison d'une incapacité de travail causée par la maladie – et cela sans avoir demandé de nouveau rapport à l'expert Y._____ ni à un autre expert psychiatre, mais en se fondant sur les certificats des médecins traitants –, l'incapacité de travail doit aussi être constatée au regard des clauses du contrat d'assurance collective. c) S'agissant de la période intermédiaire – entre la fin des prestations versées au titre de l'assurance collective et le 21 octobre 2008 –, il convient de relever ce qui suit. L'expert Y._____ a estimé, en avril 2008, qu'un « rétablissement progressif [était] possible d'une manière médicothéorique » après la fin des rapports de travail avec l'EMS – terme qu'il avait fixé de manière erronée à la fin du mois de juin 2008, et non pas à la fin du mois de juillet 2008. Il a estimé nécessaires des « mesures thérapeutiques supplémentaires, […] sous forme de coordination de réseau, hospitalisation ou autres ». Il attendait toutefois une « décision intérieure » ou une « sorte de mobilisation » de l'intéressée et, à ces conditions, il pensait qu'elle pouvait être rétablie au plus tard le 1 er juillet 2008. Le Dr Y._____ n'a pas revu la demanderesse après avoir déposé son rapport d'expertise ; il ne s'est donc pas prononcé, a posteriori, sur la validité de son pronostic quant au caractère exigible d'un effort de volonté pour être en mesure de reprendre un travail. Les conclusions de cette expertise psychiatrique sont quoi qu'il en soit formulées de manière prudente, le médecin n'affirmant en particulier pas qu'avec le traitement mis en place, la demanderesse devrait nécessairement retrouver une pleine capacité de travail à brève échéance. Le rapport du Dr Y._____ ne mentionne pas le traitement de crise au CHUV auquel la demanderesse s'était soumise à partir de janvier 2008, avant d'être prise en charge par la Dresse N._____. Ce médecin spécialiste en psychiatrie a donné des explications plus détaillées au sujet de l'état de santé de la demanderesse en 2008, avant l'hospitalisation du mois d'octobre. Pour ce psychiatre, la demanderesse souffrait d'un état dépressif sévère au début de l'année 2008, qui s'était aggravé et qui avait nécessité un traitement de crise. Ensuite, dès mai 2008, la symptomatologie dépressive était moins sévère, et l'évolution était « très lentement favorable dans un premier temps », avec une « très discrète amélioration » jusqu'en septembre 2008. La Dresse N._____ a néanmoins retenu qu'il subsistait à cette époque une incapacité de travail totale. La dépression fait partie des maladies inventoriées par l'OMS dans la classification CIM-10. Celle-ci distingue notamment les épisodes dépressifs (F32), d'une part, et le trouble dépressif récurrent (F33), d'autre part. Il existe différents symptômes (troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur important, perte d'appétit, etc.) ; le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer les degrés de sévérité d'un épisode dépressif. La dépression est en principe une maladie au sens des conditions générales de l'assurance. Précisément, dans le cas particulier, le rapport de l'expert Y._____ ne permet pas de mettre en doute l'évaluation de l'état dépressif faite par la Dresse N._____, en fonction des symptômes constatés à cette époque dans le cadre du traitement entrepris. L'évolution ensuite défavorable, avec une longue hospitalisation en milieu psychiatrique, est de nature à corroborer l'appréciation faite en été 2008 par la Dresse N._____ au sujet de l'incapacité de travail ; cette spécialiste avait du reste qualifié le traitement antidépresseur de « conséquent » et elle avait relevé la persistances de symptômes tels que sommeil troublé, idées suicidaires, importantes angoisses (rapport du 26 août 2008). En d'autres termes, le pronostic de l'expert Y._____ ne s'est nullement concrétisé, malgré la mise en place d'un traitement

psychiatrique. Les autres rapports médicaux du dossier ne donnent aucun indice d'une capacité résiduelle de travail entre le 1 er août 2008 et le début de l'hospitalisation ; au contraire, ils font état d'une maladie de longue durée, sans interruption notable. Tel est le cas du rapport établi le 21 août 2009 par la Dresse N._____. La défenderesse n'a au demeurant pas requis de nouvelle expertise et elle n'a pas invité la demanderesse à se soumettre à un autre examen médical. Dans ces circonstances, les éléments disponibles sont suffisamment probants pour attester une incapacité totale de travail du 19 octobre 2007 au 17 octobre 2009, et singulièrement du 1 er août 2008 au 21 octobre 2008. Il n'y a pas eu d'interruption de la maladie de la demanderesse. Il convient en outre de relever que l'assurance-chômage n'a pas établi que la demanderesse était effectivement capable de travailler en septembre et octobre 2008. Au contraire, elle a appliqué une disposition de la législation fédérale fondant provisoirement le droit à l'indemnité journalière pour un assuré inapte à travailler en raison d'une maladie (art. 28 al. 1 LACI [loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage, RS 837.0]). 4. Il découle de ce qui précède que les prestations dues sur la base du contrat collectif devaient être versées par la défenderesse non seulement durant les rapports de travail, mais aussi au-delà du 31 juillet 2008, et jusqu'au 17 octobre 2009. Seul ce premier contrat est déterminant, qui prévoit un nombre maximum d'indemnités journalières, même en cas de maladie persistant après la fin des rapports de travail. Le sinistre est survenu pendant la période de couverture de l'assurance collective, de sorte que l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles ; la seule limite que connaît la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3b). Le montant de l'indemnité journalière, selon ce premier contrat, est de 284 fr. 65. Cette indemnité est donc due d'une part pour la période du 1 er août 2008 au 20 octobre 2008 (veille de l'hospitalisation), soit 81 jours, ce qui représente un montant de 23'056 fr. 65. De ce montant doivent être déduites – conformément aux conclusions de la demanderesse et vu l'art. 23 ch. 2 des conditions générales – les indemnités versées par l'assurance-chômage pendant cette période, soit au total 5'422 fr. 75. Le solde représente 17'633 fr. 90. Cette indemnité est également due, d'autre part, pour la période du 21 octobre 2008 au 17 octobre 2009, soit 362 jours. Comme, durant cette période, la défenderesse a versé à la demanderesse une indemnité journalière de 252 fr., ce montant doit être imputé sur celui dû en vertu du contrat d'assurance collective. Cette imputation s'impose en effet en vertu d'une application par analogie de l'art. 11 ch. 5 des conditions générales, qui prévoit que « les indemnités journalières versées dans le cadre de l'assurance collective sont imputées sur celles de la couverture dont bénéficie l'assuré en qualité de membre individuel ». Il s'ensuit qu'une différence de 32 fr. 65 est due, pour chaque indemnité journalière. Cela représente au total 11'819 fr. 30. 5. La demanderesse a droit en outre à l'intérêt moratoire, au taux de 5% (cf. art. 104 al. 1 CO). La défenderesse ne doit l'intérêt moratoire à la demanderesse qu'à partir du moment où elle a été interpellée par celle-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 concluants – sa volonté de recevoir la prestation promise, sans indiquer les conséquences de la demeure

(ATF 129 III 535 consid. 3.2.2). En l'occurrence, il faut considérer que la lettre de la demanderesse du 2 septembre 2008, même si elle concerne prioritairement le passage à l'assurance individuelle, signifie que des indemnités journalières supplémentaires sont demandées, vu la prolongation de l'incapacité de travail. La défenderesse devait donc comprendre cette lettre comme une manifestation de la volonté de la demanderesse de recevoir la prestation promise en cas de maladie. Cette lettre a été reçue par la défenderesse le 3 septembre 2008. L'intérêt moratoire est donc dû en principe à partir du 3 septembre 2008. S'agissant des indemnités journalières à verser pour la période du 1 er août au 20 octobre 2008 (au total : 17'633 fr. 90), il y a lieu de prévoir que l'intérêt moratoire est dû à partir du 26 septembre 2008, date qui représente l'échéance moyenne. Pour le solde des indemnités (11'819 fr. 30), l'intérêt moratoire est dû à partir du 20 avril 2009, échéance moyenne (Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, in RVJ 1990 p. 372). 6. Il résulte des considérants qui précèdent que les conclusions de la demanderesse doivent être partiellement admises et que la défenderesse doit être condamnée à lui payer les montants de : - 17'633 fr. 90 avec intérêts à 5% dès le 26 septembre 2008, et de - 11'819 fr. 30 avec intérêts à 5% dès le 20 avril 2009. Les autres conclusions de la demanderesse (concernant l'intérêt moratoire) doivent être rejetées. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA, art. 114 let. e CPC). La demanderesse a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), vu l'admission presque totale de ses conclusions, à la charge de la défenderesse. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales : I. Admet partiellement la demande et dit que la Caisse F._____ doit payer à B._____ les montants suivants : - 17'633 fr. 90 (dix-sept mille six cent trente-trois francs et nonante centimes) avec intérêts à 5% (cinq pour cent) dès le 26 septembre 2008 ; - 11'819 fr. 30 (onze mille huit cent dix-neuf francs et trente centimes) avec intérêts à 5% (cinq pour cent) dès le 20 avril 2009. II. Dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. III. Met à la charge de la Caisse F._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à payer à B._____ à titre de dépens. IV. Rejette toutes autres ou plus amples conclusions. Le président : Le greffier : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me François Magnin, avocat à Morges (pour B._____) ■ Caisse F._____ par l'envoi de photocopies. Un appel au sens des art. 308 ss CPC ou un recours au sens des art. 319 ss CPC, selon que la valeur litigieuse est ou non supérieure à 10'000 fr., peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint. Le greffier :

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