

## **VD\_GERICHTE PS17.012324 vom 16. Januar 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-01-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_PS17.012324](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_PS17.012324)

FR: VD\_GERICHTE PS17.012324 du 16 janvier 2020

IT: VD\_GERICHTE PS17.012324 del 16 gennaio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 7.1**

L'appelante soutient que la notion de rechute ne serait pas définie par la LCA et qu'il faudrait se référer à l'art. E 4 al. 1 des conditions générales. Cette clause ne préciserait en aucun cas que toute affection découlant directement ou indirectement d'un traumatisme antérieur n'ayant pas causé d'incapacité de travail serait considérée comme une rechute. Elle invoque en outre l'art. 33 LCA.

#### **E. 7.2**

Etant donné que la LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, le droit aux prestations se détermine en principe exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2; TF 4A\_111/2010 du 12 juillet 2010 consid. 2).

- 27 - Sauf dispositions impératives ou semi-impératives de la loi (cf. art. 97 et 98 LCA), les parties sont libres dans la détermination du contenu de leur contrat. Elles peuvent notamment prévoir une réserve d'assurance et signifier ainsi que malgré le paiement des primes, les prestations d'assurance ne sont pas versées (temporairement ou définitivement) en cas de sinistre, en raison d'un risque prédéfini. C'est aussi le contrat qui fixe les formes que doit prendre l'atteinte à la santé pour être assurée (Lehmann, Les réserves pour raisons de santé et les conséquences d'une fausse déclaration de santé en droit des assurances, in HAVE 2017, p. 149, spéc. p. 151). Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; si 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 du contrat et des conditions générales incorporées à celui-ci. 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 (ATF 133 III 675 consid. 3.3; SJ 2011 II 247, spéc., p. 257). L'art. 33 LCA constitue un cas d'application du principe *in dubio contra asscuratorem*, de sorte qu'en présence de deux

- 28 - interprétations également admissibles d'une clause des conditions générales, il convient de rejeter celle qui est la plus favorable à l'assureur. Mais il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il n'y a pas de raison de priver l'assureur de l'invocation de la clause restrictive de couverture, lorsqu'elle figure dans le contrat sous forme d'une disposition claire et distincte des autres clauses et pouvant donc être interprétée sans engendrer ni équivoque ni insécurité juridique (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, p. 246 ad art. 33 LCA et les réf. cit.). D'une façon générale, les exclusions de couverture poursuivent un but louable, en ce sens qu'elles permettent de protéger la communauté des assurés d'une surcharge de risques, et donc de primes inévitables qui pourraient résulter d'une telle situation (Carré, op. cit., p. 244 et les réf. citées). Par ailleurs, même si le contrat ne contient pas de clauses spéciales d'exclusion, l'assureur ne couvre pas les risques qui sont inassurables en vertu de la loi (Carré, loc. cit.). Selon l'art. 9 LCA - qui est une norme impérative (art. 97 LCA) - le contrat d'assurance est nul si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu. Le Tribunal fédéral a interprété cette disposition en ce sens que le contrat est nul si l'événement redouté, contre lequel on veut s'assurer, est déjà survenu au moment de la conclusion du contrat (TF 8C\_324/2007 du 12 février 2008 consid. 4.1). Ce moyen ne doit pas être confondu avec la réticence; il rend le contrat nul même si les parties ne savaient pas, au moment de la conclusion, que le sinistre était déjà réalisé (ATF 127 III 21 consid. 2b/aa p. 23; TF 5C.45/2004 du 9 juillet 2004 consid. 2.1.2). Si une maladie s'est déjà déclarée, il n'est pas possible de l'assurer, même si elle ne se manifeste plus au moment de la conclusion du contrat, lorsque des rechutes ultérieures en apparaissent comme une évolution normale (ATF 127 III 21 consid. 2b/aa; TF 5C.45/2004). Cependant, tenant compte des critiques de la doctrine en ce qui concerne les maladies psychiques, le

- 29 - Tribunal fédéral a relativisé sa jurisprudence. Il a considéré qu'elle n'est pas applicable au cas d'une personne ayant conclu une assurance contre la perte de gain en cas de maladie, lorsque la maladie n'a pas entraîné d'incapacité de gain jusqu'au moment de la conclusion du contrat d'assurance. Dans l'affaire jugée par le Tribunal fédéral, la maladie en question n'avait pas été diagnostiquée, et n'était pas connue de l'assurée au moment de la conclusion du contrat. Les juges fédéraux ont conclu que l'assureur avait simplement accepté de conclure un contrat couvrant un risque qui s'est révélé être "mauvais" par la suite, et qu'il ne pouvait se libérer de ses obligations contractuelles en invoquant la nullité du contrat (ATF 136 III 334 consid. 3; Lehmann, op. cit., p. 161).

### **E. 7.3.1**

Le cas d'espèce ne constitue pas un cas d'exclusion légale fondée sur l'art. 9 LCA. Il n'est en effet nullement établi qu'en 2013, au moment de la conclusion du contrat, la maladie psychique de l'appelante (cf. ci-dessus, consid. 6.3) avait été diagnostiquée. En outre, aucun élément n'indique que l'appelante se savait atteinte dans sa santé. Elle a déclaré, sans que le contraire ne soit établi, que c'étaient les médecins de la Fondation de Nant qui lui avaient expliqué (réd. : en 2017) que le suicide de sa camarade de classe survenu à l'adolescence l'avait fragilisée et qu'elle pouvait avoir plus d'angoisse que la moyenne de la population. Il en découle que la limitation de son droit aux prestations doit être examinée à l'aune des termes du contrat liant les parties.

### **E. 7.3.2.1**

A titre liminaire, se pose la question de savoir si le contrat était en vigueur ou si ses effets étaient suspendus. En ce qui concerne la suspension de la couverture d'assurance pour non-paiement de primes, celle-ci a pris fin dès le 9 mars 2016, date du paiement de la prime échue le 1er octobre 2015. En outre, les premiers juges ont retenu qu'une nouvelle suspension était en vigueur au mois

- 30 - d'août 2016, parce que l'appelante avait reçu une sommation de payer avec un délai au 20 juillet 2016 et que le cas d'assurance était survenu le

#### **E. 7.3.2.2**

Reste à savoir si le contrat liant les parties s'oppose à l'indemnisation de l'incapacité de gain annoncée dès le 10 août 2016, pour le motif que la maladie ayant causé cette incapacité serait une rechute de celle qui a provoqué une incapacité antérieure. Les conditions particulières relatives à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie pour le chef d'entreprise et pour le personnel, contient un article E 4, dont le premier alinéa a la teneur suivante : "Les maladies liées à des cas d'assurance antérieurs pour lesquels I. \_\_\_\_\_ SA ou d'autres assureurs ont versé des prestations sont considérées comme des rechutes. Elles ne sont réputées nouvelles maladies que lorsque la personne assurée a retrouvé sa pleine capacité de travail pendant une durée ininterrompue de 365 jours au minimum avant la survenance de la nouvelle incapacité de travail." Les premiers juges ont considéré que même si l'assurance n'avait rien versé pour l'incapacité de février 2016, elle ne devait pas indemniser la deuxième incapacité survenue en août 2016, dans la mesure où l'intimée était en droit de refuser toute prestation conformément à l'art. 20 LCA (jgt, p. 17 in fine). Cette interprétation n'est pas conforme aux conditions générales et à l'art. 33 LCA.

- 32 - Il est constant que la volonté concordante des parties quant au sens à donner à la clause précitée n'est pas établie. Il faut dès lors interpréter le contrat selon le principe de la confiance. De bonne foi, l'assuré qui conclut le contrat d'assurance peut comprendre l'art. E 4 alinéa 1 en ce sens que la rechute suppose une affection en rapport avec un cas d'assurance antérieur, pour lequel l'assurance a déjà versé une indemnité. Le refus d'indemniser repose sur deux conditions cumulatives. Il faut une rechute au sens médical du terme et un versement de prestations antérieur. Le but de la clause n'est donc pas de nier l'indemnisation des pertes de gain résultant des maladies qui ont un lien entre elles, mais d'éviter que dans ce genre de situations, l'assureur intervienne plus d'une fois sur une année. La dernière phrase de cette clause permet de comprendre que l'assurance cherche à éviter de cumuler les indemnités des cas d'assurance et de leur rechutes, qui interviennent dans un certain laps de temps. Au bout d'une année, l'assurance entre de nouveau en matière, peu importe si c'est la même pathologie qui resurgit. Ce n'est pas parce qu'il y a récurrence que les indemnités sont exclues, mais parce qu'il y a déjà eu indemnisation et que la rechute intervient en moins d'une année. L'appelante doit dès lors être suivie dans son argumentation, selon laquelle dans la mesure où le cas d'assurance, annoncé dès février 2016, n'a pas été indemnisé, l'assurance ne peut pas se libérer pour la deuxième incapacité. Peu importe qu'il y ait un lien entre les deux incapacités. Si elle prend en charge celle-ci, elle n'aura pas indemnisé l'assurée plus d'une fois. On ne peut pas non plus considérer que la suspension de février 2016 pour le non-paiement de primes frappe tous les cas d'assurance ultérieurs présentant un lien avec l'incapacité de travail survenue en février 2016. Le contrat liant les parties ne précise pas ce qui se passe lorsque l'assurance n'a pas versé d'indemnité pour un cas d'assurance antérieur, alors que le contrat aurait pu prévoir que

- 33 - l'assurance peut se libérer de ses obligations lorsque le non-versement d'indemnité pour un cas d'assurance antérieur est imputable à l'assuré. Pour ces motifs, la deuxième incapacité doit être couverte. 8. 8.1 Pour la deuxième incapacité de travail, l'appelante réclame 57'465 fr. 50 correspondant à 700 indemnités journalières. Il résulte de l'instruction que la seconde incapacité de travail a duré pendant 752 jours au minimum (du 10 août 2016 au 31 août 2018) : à 60 % du 10 août au 31 décembre 2016 (soit pendant 144 jours), à 80 % du 1er janvier au 30 avril 2017 (soit pendant 120 jours), à 60 % du 1er mai 2017 au 31 mai 2018 (soit pendant 396 jours) et à 50 % du 1er juin 2018 au 31 août 2018 (soit pendant 92 jours). Le contrat liant les parties prévoit le versement d'indemnités journalières pendant une période de 730 jours seulement et impose un délai d'attente de 30 jours. Ainsi que le relève l'appelante, la perte de gain ne peut être réclamée au-delà du 9 août 2018 et il y a lieu de déduire 30 jours sur la période du 10 août 2016 au 31 décembre 2016 et ainsi de compter 114 jours au lieu de 144 jours pour cette période. Il en découle que l'appelante a droit à des indemnités totalisant 57'465 fr. 50, à savoir : - 114 indemnités journalières à 60 %, soit 8'994 fr. 60 (=114 jours x 131 fr. 50 x 60 %) ; - 120 indemnités journalières à 80 %, soit 12'624 fr. (120 jours x 131 fr. 50 x 80 %) ; - 396 indemnités journalières à 60 %, soit 31'244 fr. 40 (396 jours x 131 fr. 50 x 60 %) ; - 70 indemnités journalières à 50 %, soit 4'602 fr. 50 (70 jours x 131 fr. 50 x 50 %). 8.2 L'appelante réclame qu'un intérêt moratoire à 5 % l'an dès le 1er juillet 2016 lui soit alloué.

- 34 - Selon l'art. 41 al. 1 LCA, la créance résultant du contrat d'assurance est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (délai de délibération). La LCA ne contient en revanche pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. La demeure de l'assureur nécessite ainsi, en principe, une interpellation (TF 4A\_491/2007 du 19 juin 2009 consid. 8.2; Carré, op. cit., p. 301). L'interpellation est la déclaration, claire et univoque, adressée par le créancier au débiteur pour lui faire comprendre qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Thévenoz/Werro, Code des obligations I, Commentaire romand, 2e éd., Bâle 2012, n. 17 ad art. 102 CO). L'interpellation est sujette à réception et déploie ses effets dès qu'elle entre dans la sphère de puissance du débiteur (ibidem, n. 19 ad art. 102 CO). Toutefois, lorsque l'assureur conteste à tort son obligation, la créance devient exigible dès ce moment, le délai de réflexion de 4 semaines prévu par l'art. 41 LCA étant privé de sens. De même, la demeure est immédiatement réalisée du moment que l'assureur signifie clairement et définitivement qu'il ne s'exécutera pas (TF 4A\_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5 et les réf. citées). L'assureur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO; TF 4A\_487/2007 du 19 juin 2009 consid. 8 et les réf. cit.). En l'espèce, par courrier du 20 octobre 2016, l'intimée a définitivement refusé de couvrir la deuxième incapacité de travail. Ce refus étant injustifié (consid. 7.3.2.2 supra), elle doit un intérêt moratoire dès cette date pour les créances antérieures au 20 octobre 2016. Dans la mesure où d'autres prestations sont devenues exigibles après cette date et qu'elles devaient être versées mensuellement, il y a lieu de tenir compte d'une échéance moyenne du 20 octobre 2016 au 31 août 2018, date à laquelle les dernières indemnités journalières, courant du 1er au 9 août 2018, devaient être versées. L'intimée doit dès lors un intérêt moratoire à 5 % l'an dès le 16 avril 2017 (échéance moyenne).

- 35 - 9. 9.1 Au vu de ce qui précède, l'appel doit être partiellement admis et le jugement attaqué réformé en ce sens qu'I. \_\_\_\_\_ SA doit à D. \_\_\_\_\_ la somme de 57'465 fr. 50

avec intérêts à 5% l'an dès le 16 avril 2017. 9.2 9.2.1 A teneur de l'art. 106 al. 1 CPC, les frais – qui comprennent selon l'art. 95 al. 1 CPC les frais judiciaires (art. 95 al. 2 CPC) et les dépens (art. 95 al. 3 CPC) – sont mis à la charge de la partie succombante. Par partie succombante au sens de cette disposition, il faut entendre la partie qui perd le procès au sens courant, soit le demandeur dont les prétentions sont rejetées ou écartées, ou le défendeur qui est condamné dans le sens demandé par son adversaire (Tappy, in Bohnet et al. [éd.], Commentaire romand, Code de procédure civile, 2ème éd., n. 12 ad art. 106 CPC). Lorsqu'aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, les frais sont répartis selon le sort de la cause (art. 106 al. 2 CPC), chacun devant ainsi supporter les frais de partie – à savoir les dépens au sens de l'art. 95 al. 3 CPC – dans la mesure où il succombe. 9.2.2 L'arrêt sera rendu sans frais judiciaires de première et deuxième instances, s'agissant d'un litige portant sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (art. 114 let. e CPC). 9.2.3 Vu l'issue du litige, il y a en revanche lieu de réformer le jugement en ce qui concerne les dépens de première instance qui avaient été mis à la charge de l'appelante. L'appelante, qui a procédé avec le concours d'un mandataire professionnel, obtient la somme de 57'465 fr. 50 sur le montant réclamé de 68'064 fr. 40, soit 80 % environ (4/5) de ses conclusions. La charge des dépens de première instance est évaluée à 5'000 francs (art. 3 al. 2 et 4 TDC [Tarif des dépens en matière civile ; BLV 270.11.6]) pour chaque partie et sera répartie à raison de quatre cinquièmes pour l'appelante et d'un cinquième pour l'intimée. Après compensation, l'intimée versera à

- 36 - l'appelante la somme de 3'150 fr. à titre de dépens de première instance, soit 3'000 fr. ( $[4/5 - 1/5] \times 5'000$  fr.) correspondant au défraiement de son conseil et à 150 fr. (3'000 fr. x 5%) de débours nécessaires (art. 19 al. 2 TDC). La charge des dépens de deuxième instance, évaluée à 3'000 fr. (art. 3 al. 2 et 7 TDC), sera répartie dans la même proportion, de sorte que l'intimée versera à l'appelante la somme de 1'836 fr. à titre de dépens de deuxième instance, soit 1'800 fr. ( $[4/5 - 1/5] \times 3'000$  fr.) de défraiement de son mandataire professionnel et 36 fr. (1'800 fr. x 2%) de débours nécessaires (19 al. 2 TDC).

## **E. 10**

août 2016, soit durant la suspension. Comme le relève l'appelante, s'il est vrai qu'elle a été en demeure de payer la prime échue au 1er avril 2016, il est cependant constant qu'elle l'a payée le 3 août 2016, soit avant la survenance de l'incapacité de travail du 10 août 2016. Or, à partir du 3 août 2016, la suspension pour défaut de primes d'avril 2016 a été levée ex lege (art. 21 al. 2 LCA). L'intimée plaide implicitement que la suspension de février 2016 s'est prolongée en août 2016. Il est possible que la pathologie qui a entraîné l'incapacité de février 2016, au moment où le contrat était suspendu, ait perduré au-delà d'août 2016. Il convient toutefois de distinguer la maladie de l'incapacité de travail. En effet, l'obligation de payer les indemnités journalières se déclenche dès que l'incapacité de travail est médicalement constatée et que le délai d'attente est écoulé (SJ 2011 II p. 247, 268 et les réf.). Selon l'art. E1 des conditions générales, « I. \_\_\_\_\_ SA sert les prestations mentionnées dans la police pour les conséquences économiques de l'incapacité de travail due à une maladie ». Même si la pathologie de l'assurée a peut-être perduré en 2016, sans discontinuer, il y a eu deux événements assurés. Au vu des certificats médicaux, l'appelante a été déclarée inapte au travail du 17 février au 30 juin 2016. Depuis cette dernière date jusqu'au 10 août 2016, le risque assuré ne s'est pas réalisé. Même malade, elle n'aurait pas été en droit de réclamer d'indemnités journalières durant cette période. Une deuxième incapacité de gain (risque assuré) a été attestée médicalement le 10 août 2016. A cet égard,

l'intimée a soutenu que le certificat médical du 1er septembre 2016 ne peut attester l'incapacité de travail en août 2016, car il n'est pas usuel qu'un certificat soit établi trois semaines après le début de l'incapacité de gain. Cependant, l'intimée ne met pas en cause le certificat établi par le

- 31 - même praticien le 15 mars 2016 pour attester d'une incapacité de travail intervenue dès le 17 février 2016, soit un mois plus tôt environ. Ainsi, sur le principe, en août 2016, le contrat d'assurance n'était pas suspendu et il y a eu une nouvelle incapacité de gain qui ouvrait le droit aux prestations.

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