

## **VD\_GERICHTE ZN08.028768 vom 11. April 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-04-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZN08.028768](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZN08.028768)

FR: VD\_GERICHTE ZN08.028768 du 11 avril 2012

IT: VD\_GERICHTE ZN08.028768 del 11 aprile 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 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

#### **E. 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

- 15 - 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.

### E. 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 1er 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 1er août 2008 jusqu'à la veille de son hospitalisation, qui a eu lieu le 21 octobre 2008. En revanche, dès le 21

- 16 - 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 1er 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 mécothéorique » 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 1er 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

- 17 - 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

- 18 - spécialiste avait du reste qualifié le traitement antidépresseur de « conséquent » et elle avait relevé la persistance 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 1er 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 1er 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]).

#### **E. 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

- 19 - 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 1er 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.

- 20 -

#### **E. 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 concludants – 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 1er 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).

#### **E. 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.

- 21 - 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.

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