

## **VD\_GERICHTE ZN10.028182 vom 30. November 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZN10.028182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZN10.028182)

FR: VD\_GERICHTE ZN10.028182 du 30 novembre 2012

IT: VD\_GERICHTE ZN10.028182 del 30 novembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

mars 2010, au titre de remboursement des frais assumés par le requérant. " Dans son mémoire-réponse du 18 octobre 2010, R.\_\_\_\_\_ Assurances SA prend les conclusions suivantes: "Principalement: 1. Débouter le demandeur de toutes ses conclusions. 2. Sous suite de frais et d'une indemnité équitable de dépens. Reconventionnellement: 1. Condamner le demandeur à payer à la défenderesse la somme de 44'253 fr., avec intérêt à 5 % dès l'exigibilité; 2. Sous suite de frais et d'une indemnité équitable de dépens." Dans un mémoire complémentaire du 7 décembre 2010, U.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de sa demande et il a conclu au rejet des conclusions reconventionnelles de R.\_\_\_\_\_ Assurances SA.

- 11 - Le 20 janvier 2011, R.\_\_\_\_\_ Assurances SA a confirmé ses conclusions. J. Le juge instructeur a ordonné à E.\_\_\_\_\_ SA et à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud de produire leurs dossiers concernant le demandeur. Les parties ont pu déposer des observations à ce propos. Le dossier de l'Office AI contient une décision du 23 août 2010 de refus de prestations, U.\_\_\_\_\_ ne présentant pas un degré d'invalidité de 40 % au moins. Cette décision retient notamment ce qui suit: "Après étude de votre dossier, il ressort que médicalement, vous avez présenté une incapacité de travail du 14 octobre 2008 au 19 novembre 2009 à 100 %". Ces constatations sont reprises d'un rapport du Service médical régional de l'AI (SMR), du 27 mai 2010. Selon ce rapport, l'atteinte principale à la santé est la suivante: "Cervicoscapulalgies droites et céphalées occipitales sur troubles dégénératifs et discopathie C5-C6; lombalgies récidivantes". K. Le demandeur a, dans son mémoire complémentaire du 7 décembre 2010, requis l'audition, par la Cour, du Dr Y.\_\_\_\_\_ "au vu des diverses appréciations négatives apportées par l'intimée au sujet de l'expertise (de ce médecin)". Le 20 janvier 2011, la défenderesse s'est opposée à cette requête. Le 26 avril 2012, le juge instructeur a informé les parties que l'affaire était en principe prête à être jugée. Aucune audience n'a été fixée. E n d r o i t :

- 12 - 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 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (Loi fédérale du

#### **E. 18**

mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal], 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 1er 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 1er janvier 2011. Ainsi, depuis le 1er 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 1er 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.

- 13 - 2. Les prétentions du demandeur sont fondées sur un contrat d'assurance-maladie collective. Le preneur d'assurance est l'ancien employeur du demandeur, lequel est en vertu du contrat une personne assurée. Dès qu'une maladie est survenue, cette personne (le bénéficiaire), dispose d'un droit propre contre l'assureur, en l'occurrence la défenderesse (art. 87 LCA). Il peut se prévaloir des 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 inexacts 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 cette manifestation ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur. Dans le domaine particulier du

- 14 - 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 demandeur prétend à des indemnités journalières fondées sur le contrat d'assurance collective conclu par son ancien employeur. 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 14 octobre 2008. Il a ainsi été admis par la défenderesse que, pendant une certaine période, le demandeur satisfaisait aux conditions contractuelles pour l'octroi des indemnités journalières. L'atteinte à la santé qui l'a contraint à un arrêt de travail dès le 14 octobre 2008 a été considérée comme une maladie. La contestation porte, d'après la demande, sur la durée de l'incapacité de travail découlant de cette maladie. Le demandeur soutient que cette incapacité, à 100 %, n'a pris fin que la veille du jour où il a repris un emploi de grutier. La défenderesse fait au contraire valoir que l'incapacité de travail a pris fin le 3 juillet 2009 (date de la dernière indemnité journalière pour un jour travaillé) voire la veille du 6 juillet 2009 (date à laquelle la reprise du travail était exigible, selon le courrier du 19 mai 2009 de la défenderesse). Cela étant, la défenderesse soutient qu'indépendamment de la question de savoir si l'incapacité de travail a duré au-delà du début du mois de juillet 2009, elle n'était pas tenue de verser plus de 42 indemnités

- 15 - journalières, parce que les conditions d'assurance limitent les prestations en cas de maladie préexistante. Aussi a-t-elle pris des conclusions reconventionnelles tendant à la restitution d'indemnités journalières versées en trop. Il convient en premier lieu d'examiner si l'incapacité de travail due à la maladie a duré, comme l'affirme le demandeur, jusqu'au 22 novembre 2009, ou si elle a pris fin plus tôt (infra, consid. 4.). Ensuite, il faudra déterminer si, nonobstant une incapacité de travail d'une durée supérieure à 42 jours, le nombre d'indemnités journalières doit être réduit à cause d'une maladie préexistante (infra, consid. 5). Le cas échéant, la question de la restitution d'indemnités perçues en trop devra être traitée, la défenderesse ayant pris des conclusions reconventionnelles dans ce sens. 4. Pour évaluer la durée de l'incapacité de travail due à la maladie, il y a lieu de se fonder sur des rapports médicaux. Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351

- 16 - consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de

médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). En l'occurrence, l'expert de la défenderesse – la rhumatologue Dresse R. \_\_\_\_\_ – a admis une incapacité de travail de plusieurs mois (14 octobre 2008 – début juillet 2009). Elle a fixé la fin de cette incapacité sur la base d'un pronostic: selon elle, le travail pouvait être repris trois mois après son examen clinique, et deux mois après la rédaction de son rapport. La Dresse R. \_\_\_\_\_ n'a pas revu le demandeur ensuite, afin de vérifier le bien-fondé de son pronostic. La lettre de la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 3 mai 2010, qu'elle n'a pas signée, n'examine pas la question de la durée de l'incapacité de travail. La défenderesse n'a pas demandé à un autre médecin de se prononcer sur ce point, après le mois de mai 2009. Le neurologue qui a traité le demandeur (Dr S. \_\_\_\_\_) ainsi que l'expert privé auquel il s'est adressé (Dr Y. \_\_\_\_\_) ont en revanche retenu, dans des rapports postérieurs à celui de la Dresse R. \_\_\_\_\_, que l'incapacité de travail avait duré jusqu'à la veille de la reprise du travail le

### **E. 23**

novembre 2009. Dans le cadre de la procédure AI, le médecin du Service médical régional a repris sans autre cette constatation dans son rapport. Le rapport d'expertise du Dr Y. \_\_\_\_\_ est suffisamment complet. S'agissant de la durée de l'incapacité de travail, il n'a été contredit par aucun autre médecin ayant examiné le demandeur après le

- 17 - début du mois de juillet 2009. En particulier, la Dresse R. \_\_\_\_\_ n'a pas critiqué l'avis du Dr Y. \_\_\_\_\_, et son propre rapport, rédigé alors que l'intéressé était toujours en incapacité de travail, était moins détaillé et moins complet. Il n'est au demeurant pas douteux qu'avec la persistance, au-delà du mois de juillet 2009, des atteintes diagnostiquées et des douleurs qu'elles entraînaient, l'exercice de l'activité de grutier n'était pas exigible. Il s'ensuit que le demandeur est fondé à se prévaloir, sur la base de rapports médicaux probants et non contredits, d'une incapacité de travail due à la maladie jusqu'au 22 novembre 2009. 5. La défenderesse soutient cependant que cette maladie était préexistante, au sens de l'art. 24 CGA, et que par conséquent la durée maximale des prestations était limitée à 42 jours (les rapports de travail, dans la mission en question, ayant duré entre 6 et 9 mois). a) Dans un premier temps, la défenderesse a expressément exclu une maladie préexistante, en fonction d'un avis du médecin traitant (voir sa lettre du 19 janvier 2009 à E. \_\_\_\_\_ SA). Puis, sur la base d'un avis de son expert (lettre de la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 3 mai 2010), elle a retenu l'existence d'une pathologie évolutive, existant de longue date. b) L'art. 24 CGA permet de limiter les prestations lorsque l'incapacité de travail est causée par la réapparition ou l'aggravation d'une maladie notable pour laquelle l'assuré avait déjà été traité médicalement avant l'entrée dans l'assurance. La date déterminante, dans le cas particulier, n'est, d'après le texte de cette clause, pas celle du début de la mission au service de l'entreprise A. \_\_\_\_\_ & Cie SA (le 4 mars 2008) mais celle de la conclusion du contrat-cadre de travail avec E. \_\_\_\_\_ SA (le 10 février 2000). Il convient donc d'examiner si, avant le début de l'année 2000, le demandeur souffrait d'une "maladie notable" pour laquelle il avait déjà été traité médicalement.

- 18 - c) Dans ses écritures, la défenderesse se réfère à la convention collective du secteur du gros œuvre (Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse), secteur dans lequel travaillait le demandeur. Cette convention collective a fait l'objet d'arrêtés du Conseil fédéral étendant son champ d'application (premier arrêté le 10 novembre 1998; cf. aussi arrêté du 22 septembre 2008 in FF 2008 p. 7281). Elle comporte différentes annexes qui en font partie intégrante. Il en va ainsi de l'Annexe 10, Mémento relatif à l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie pour le secteur principal de la construction. L'art. 7 al. 3 de cette Annexe 10, sous le titre "Réserves d'assurance", a la teneur suivante: "Les incapacités de travail dues à la réapparition d'affections graves pour lesquelles l'assuré a déjà été en traitement avant l'admission dans l'assurance sont indemnisées sur la base du barème ci-après: Réapparition de l'affection pendant Durée maximum des la durée ininterrompue des rapports prestations par cas de de travail dans une entreprise maladie assujettie à la CN jusqu'à 6 mois 4 semaines jusqu'à 9 mois 6 semaines [...]". Les dispositions de cette convention collective étaient applicables en l'espèce et les prestations en cas de maladie ne pouvaient pas être moins étendues que ce que prévoit l'art. 7 al. 3 précité. Il faut donc interpréter l'art. 24 CGA de manière à ce qu'il garantisse au moins les mêmes prestations que la convention collective. Le sens des différentes clauses applicables doit être déterminé selon ce qui pouvait être compris de bonne foi (cf. supra, consid. 2). d) La "maladie notable" préexistante, au sens des CGA, doit par conséquent être une "affectation grave" (dans le texte allemand de la CCT: "infolge wieder auftreten von schweren Leiden"). Si, au moment de l'admission dans l'assurance, l'assuré souffrait d'une atteinte alors pas grave, mais que cette atteinte s'est aggravée ensuite de telle sorte qu'elle a provoqué une incapacité de travail, les conditions pour une limitation des prestations ne sont pas données.

- 19 - En l'occurrence, la plupart des rapports médicaux du dossier – notamment l'expertise du Dr Y. \_\_\_\_\_ – mentionnent une pathologie existant depuis plus de vingt ans, soit avant le mois de février 2000, date de la conclusion du contrat du demandeur avec E. \_\_\_\_\_ SA. Toutefois, il n'y a aucune preuve que cette pathologie ou affection était grave à cette époque. Le demandeur a certes suivi certains traitements (médicaments, physiothérapie), mais il est notoire que l'activité sur les chantiers est pénible, davantage susceptible que d'autres activités professionnelles de causer des douleurs justifiant un traitement médical voire des consultations périodiques chez un médecin ou un physiothérapeute. Mais lorsque ces douleurs ou atteintes ne provoquent pas d'incapacité de travail notable, on peut admettre qu'elles ne sont en principe pas graves, à moins de circonstances particulières. Or, en l'espèce, il n'est pas allégué que le demandeur aurait subi d'autres incapacités de travail notables avant octobre 2008; tel n'a en tout cas pas été le cas à partir de février 2000, soit pendant la période au cours de laquelle il a été assuré par la défenderesse. Les renseignements figurant dans les rubriques "anamnèse" des rapports médicaux n'indiquent pas de pathologie grave et incapacitante, d'ordre rhumatologique (aux niveaux interscapulaire et lombaire), avant l'année 2000. Dans ces conditions, on ne saurait parler en l'espèce de la réapparition, en octobre 2008, d'une affection grave pour laquelle le demandeur aurait déjà été en traitement avant février 2000. Si l'affectation est devenue grave dans le courant de l'année 2008, au moment où les cervico-brachialgies et les dorsalgies ont nettement augmenté au point de provoquer ensuite une incapacité de travail de plusieurs mois, c'est à cause d'une détérioration progressive de l'état de santé. L'affection ne pouvait pas être considérée comme grave avant cette détérioration. Il s'ensuit que la défenderesse ne peut pas se prévaloir de l'art. 24 CGA, en relation avec l'art. 7 al. 3 de

l'Annexe 10 de la convention collective, pour limiter la durée d'indemnisation à 42 jours (ou 6 semaines). Les indemnités journalières sont donc dues pour toute la durée

- 20 - de l'incapacité de travail, à savoir jusqu'au 22 novembre 2009 (cf. supra, consid. 4). Les conclusions reconventionnelles de la défenderesse, mal fondées – parce qu'il n'y a pas d'indemnités versées en trop – doivent par conséquent être rejetées. 6. Le montant de l'indemnité journalière est, dans le cas présent, de 201 fr. 15, ce que le demandeur ne conteste pas, après avoir pris note des calculs de la défenderesse à ce propos. Les indemnités journalières ont déjà été payées par la défenderesse jusqu'au 3 juillet 2009. Le nombre de jours restant à indemniser ("jours calendaires"), à partir du 4 juillet 2009 et jusqu'au 22 novembre 2009, est de 142. Le demandeur a donc droit à un montant total de 142 x 201 fr. 15, soit de 28'563 fr. 30. Le demandeur 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 au demandeur qu'à partir du moment où elle a été interpellée par celui-ci (art. 102 al. 1 CO). Pour qu'il y ait interpellation valable, il suffit que le créancier manifeste clairement de quelque manière - par écrit, verbalement ou par actes concludants - sa volonté de recevoir la prestation promise, sans indiquer les conséquences de la demeure (ATF 129 III 535 consid. 3.2.2). En l'occurrence, il faut considérer que le demandeur a d'emblée demandé la poursuite du versement des indemnités journalières, au-delà de début juillet 2009, en transmettant avant le 17 juin 2009 à la défenderesse une attestation d'incapacité de travail établie par le Dr S.\_\_\_\_\_, pour une période plus longue que celle retenue par les experts de la Clinique M.\_\_\_\_\_. L'intérêt moratoire est donc dû à partir du 4 juillet 2009, pour la première indemnité journalière, et ensuite à partir de chaque date d'échéance pour les indemnités journalières suivantes. Dans ces circonstances, il convient de fixer une échéance moyenne, à savoir le 12 septembre 2009.

- 21 - 7. Il résulte des considérants que la demande est partiellement admise, les conclusions reconventionnelles de la défenderesse étant 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). Le demandeur a droit à des dépens, vu l'admission presque totale de ses conclusions, à la charge de la défenderesse. Le demandeur prétend à ce que l'indemnité de dépens comprenne les frais de l'expertise privée qu'il a mise en œuvre avant d'ouvrir action, alors qu'il était encore en incapacité de travail. Il ne fait pas valoir que ces frais devraient être indemnisés par l'assurance en vertu d'une clause contractuelle. Les dépens comprennent, en vertu du droit fédéral, les débours nécessaires et le défraiement d'un représentant professionnel, lorsqu'il a été constitué (art. 95 al. 3 CPC). Les débours sont des paiements effectifs que la partie a dû faire en vue du procès, tels que des frais de voyage, de téléphone, de port, de copie, de traduction (cf. Denis Tappy, in CPC commenté, n. 23 ad art. 95); ils ne comprennent pas les frais d'une expertise médicale privée effectuée avant le procès. Le montant payé par le demandeur à l'expert Dr Y.\_\_\_\_\_ ne peut donc pas lui être remboursé au titre des dépens. Les dépens seront ainsi fixés sur la base des dispositions du Tarif des dépens en matière civile (TDC, RSV 270.11.6), s'agissant du défraiement du représentant professionnel (art. 3 ss TDC).

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