

Tribunal cantonal du Canton de Vaud, 26 avril 1996,  
M. c. La Générale de Berne, Berne

**Faits:** La demanderesse M. a contracté auprès de la Générale de Berne, défenderesse, une police d'assurance individuelle contre les accidents n° .., qui a pris effet le 7 janvier 1992 et qui devait expirer le 7 janvier 1997. L'article 26 des conditions générales de l'assurance individuelle contre les accidents stipule, en ce qui concerne le for, que "le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit ont le choix entre le for ordinaire et celui de leur domicile suisse ou lichtensteinois".

A l'époque où le contrat a été conclu, la demanderesse exerçait alternativement deux activités professionnelles: elle travaillait ou allait travailler comme employée d'exploitation salariée du 1er mai au 14 décembre de chaque année et comme monitrice de ski indépendante du 15 décembre au 30 avril de chaque année. Il a ainsi été décidé de moduler l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail en fonction de cette situation particulière. La police d'assurance a donc été conclue sur la base d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité de travail, de 100 fr. pour la période du 15 décembre au 30 avril de chaque année et de 30 fr. pour la période du 1er mai au 14 décembre de chaque année. La police d'assurance prévoit très clairement que la prestation assurée de 100 fr. d'indemnité journalière est valable du 15 décembre au 30 avril de chaque année d'une part, et que la prestation assurée de 30 fr. d'indemnité journalière est valable du 1er mai au 14 décembre de chaque année d'autre part. Il est encore prévu par cette police que l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail ne sera versée que dès le 31ème jour, quelle que soit la période considérée.

L'article 9 des conditions générales d'assurance est rédigé comme il suit:

Si l'assurée est totalement incapable de travailler à la suite d'un accident, l'indemnité journalière lui est allouée pendant la durée de l'incapacité de travail attestée par le médecin, au plus tôt cependant trois jours avant le début du premier traitement médical. Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident.

Si l'incapacité n'est que partielle, l'assuré reçoit une part de l'indemnité journalière proportionnée à l'incapacité. Le degré de l'incapacité se termine en fonction de la profession indiquée dans la police.

Si un délai d'attente a été convenu, il commence à courir le jour où l'incapacité de travail a été constatée par le médecin, au plus tôt cependant trois jours avant la première consultation médicale. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail partielle sont cotés comme jours entiers.

L'indemnité journalière entière est allouée aux assurés sans travail lorsque l'incapacité de travail dépasse 50 %.

L'indemnité journalière est versée pendant deux ans au plus à compter du début de l'incapacité de travail.

Aucune clause de la police contractée par la demanderesse ne fait état, à propos de l'indemnité journalière, de l'intervention de la CNA. Cette police n'établit aucun rapport entre l'indemnité due par la défenderesse et la perte de gain effective subie par l'assuré.

L'article CC 2, chiffre 2 des conditions complémentaires de l'assurance individuelle contre les accidents signée par M. a en outre la teneur suivante:

Par dérogation partielle à l'art. 9 des CGA, l'indemnité journalière assurée est allouée aussi longtemps que l'assurée a droit à une indemnité journalière de l'assurance selon la LAA, de l'assurance militaire ou de l'assurance invalidité.

Le 10 octobre 1992, la demanderesse a été victime d'un accident au lieu dit "Le R." sur le territoire de la commune d'O.-D. Ce jour-là, une demoiselle S. L. a perdu la maîtrise de son véhicule automobile, qui est venu emboutir la voiture de la demanderesse qui arrivait normalement en sens inverse. M. a subi à cette occasion une fracture au genou droit. Cet accident est donc intervenu durant la période où l'indemnité journalière prévue par la police d'assurance précitée s'élevait à 30 francs. La défenderesse allègue en outre que sur la feuille d'accidents LAA du 26 avril 1993, le médecin relève "accident d'été" une lecture attentive de la pièce précitée a permis à la Cour de constater que le médecin avait porté sur la feuille d'accident LAA l'inscription manuscrite "= activité d'été" et non pas "=accident d'été".

La lésion subie par la demanderesse a entraîné une incapacité de travail totale du 10 octobre 1992 au 28 mars 1993. Cette incapacité de travail a ensuite été de 66,66 % dès le 29 mars 1993, pour se terminer le 18 avril de la même année. Pour la période du 10 novembre 1992 au 28 mars 1992, la Bernoise assurance a versé à la demanderesse 139 indemnités journalières de 30 fr., soit un total de 4'170 francs. Pour la période du 29 mars au 18 avril 1993, la Bernoise assurance a versé à la demanderesse 21 indemnités journalières de 20 fr., soit un total de 420 francs.

Par lettre du 24 mars 1993, le conseil de la demanderesse a écrit à la Bernoise assurance pour faire valoir que l'indemnité à verser à M. devait être calculée sur la base d'une indemnité journalière de 100 fr. pour une incapacité de travail de 100% durant la période du 15 décembre au 30 avril. Par lettre du 16 avril 1993, ledit conseil a écrit à la Bernoise assurance pour s'enquérir notamment de la raison pour laquelle l'indemnité versée à la demanderesse pour la période du 1er février au 31 mars 1994 était fixée à 30 francs par jour et non à 100 fr. par jour comme indiqué dans la police.

Par lettre du 22 avril 1993, la Bernoise assurance a répondu qu'elle estimait que dès lors que l'accident s'était produit le 10 octobre 1992, l'indemnité journalière était assurée par 30 fr. dès le 31ème jour.

Par lettres des 27 avril, 30 juin et 23 juillet 1993, le conseil de la défenderesse a écrit à la Bernoise assurance pour lui demander de réexaminer le problème et d'établir un nouveau décompte conforme aux conditions particulières de la police, telles qu'interprétées par M. La Bernoise assurance a refusé de modifier son point de vue et d'établir un nouveau décompte conforme à l'opinion de son assurée.

La défenderesse a exposé en détail sa position à la demanderesse, notamment dans les lettres adressées à son conseil mentionnées ci-dessous.

Ainsi, par lettre du 10 juin 1993, la Bernoise assurance a confirmé que selon elle, la date de l'accident déterminait le montant de l'indemnité journalière.

La défenderesse a précisé sa position par courrier adressé le 25 octobre 1993 au conseil de la demanderesse, courrier rédigé notamment comme il suit:

...

Lors de la conclusion du contrat Mlle M. voulait couvrir deux périodes bien différentes. La période du 01.05. au 14.12. (activité dépendante) et la période du 15.12. au 30.04. (activité indépendante). Lors de son activité dépendante, Mlle M. était obligatoirement assurée contre les accidents auprès de son employeur (LAA, art. 1). L'assurance que Mlle M. a contractée auprès de notre compagnie devait couvrir le 20 % du salaire AVS que l'assurance obligatoire (LAA) ne couvrait pas.

En date du 10 octobre 1992 Mlle M. a eu son accident et la CNA a pris en charge les frais de traitement ainsi que le 80 % du salaire AVS. Malgré le fait que son activité dépendante prenait fin le 14 décembre 1992, la CNA continuait à payer les indemnités journalières jusqu'au 18 avril 1993!

Comme expliqué plus haut, le but de notre assurance indemnité journalière est de couvrir la différence entre les indemnités journalières de l'assureur obligatoire, à (sic) l'occurrence la CNA, et le salaire AVS effectif.

Or, les indemnités versées par la CNA et rajoutées aux nôtres couvrent son perte de gain effectif (sic). Mlle M. n'a donc à aucun moment subi un manque à gagner supplémentaire.

Par courrier du 30 décembre 1993, la direction générale de la Bernoise assurance a confirmé la position de la défenderesse en avançant les arguments suivants:

“ ...

Suivant vos considérations, il faudrait, lors d'un accident survenu entre le 15.12 et le 30.4 et entraînant une incapacité de travail allant au-delà du 30.4, réduire les indemnités journalières de Fr. 100.-- à Fr. 30.-- et simultanément convertir la couverture intégrale des frais de traitement en une couverture complémentaire. De plus, il faudrait déduire une seconde fois le délai d'attente de l'indemnité journalière à partir du 1.5. Nous sommes persuadés (sic) qu'aucune des parties n'avait voulu pareille couverture lors de la conclusion du contrat, car une telle adaptation des prestations conduirait dans un tel cas à une lacune sensible de la couverture.

Ainsi que notre Agence générale de Vevey l'a déjà exposé dans sa lettre du 25 octobre 1993, c'était le vœu de Madame M. de s'assurer en fonction des besoins dictés par sa situation professionnelle particulière.

En vue de souscrire une assurance tenant compte de ces besoins, une couverture complémentaire pour frais de traitement et une indemnité journalière de Fr. 30.-- ont été convenues en cas d'accident survenant durant la période considérée (15.12 au 30.4) [recte 31.5 au 14.12] et alors que l'assuré était lié par un contrat de travail et donc obligatoirement assuré selon la LAA. Le montant de cette indemnité journalière avait pour but de couvrir env. 20 % du salaire de Madame M. Comme vous l'avez correctement constaté, l'assurance indemnité journalière est une assurance de salaire. En cas de sinistre, l'indemnité est allouée indépendamment de la perte de salaire effective et par rapport au degré de l'incapacité de travail causée par l'accident. En l'espèce, nous avons versé les prestations correspondantes. A aucun moment, vous n'avez en effet prétendu que l'assurance dont il s'agit serait une assurance de dommages.

La police déterminante contient une disposition prévoyant une indemnité journalière de Fr. 30.-- dès le 31ème jour valable du 1.5. au 14.12. de chaque année durant l'activité d'employée d'exploitation. L'indemnité journalière de Fr. 100.- dès le 31ème jour est valable du 15.12. au 30.4 de chaque année durant l'activité de professeur de ski.

Comme c'est généralement l'usage en matière d'assurance accidents, c'est le moment de la survenance de l'accident qui est déterminant pour fixer le montant de l'indemnité journalière due. En l'occurrence, il avait été prévu une indemnité journalière de Fr. 30.-- en cas d'accident survenant le 1.5 et le 14.12. et une indemnité journalière de Fr. 100.-- en cas d'accident survenant entre le 15.12 et le 30.4 dans le cadre d'une activité de professeur de ski, peu importe la durée de l'incapacité de travail et peu importe que celle-ci se prolonge au-delà de la période considérée.

En conséquence, le sinistre du 10 octobre 1992 donne droit, en cas d'incapacité totale de travail et après expiration d'un délai d'attente de 30 jours, au versement d'une indemnité journalière de Fr. 30.-- pendant toute la durée de l'incapacité de travail.

Nous maintenons dès lors fermement la prise de position telle qu'elle vous a été communiquée par notre agence générale dans sa lettre susmentionnée.

Finalement, nous vous faisons encore remarquer, que d'après votre interprétation littérale des conditions particulières, l'indemnité journalière de Fr. 100.-- ne devrait logiquement être allouée qu'en rapport avec une activité en tant que professeur de ski. Cela signifie que pareille activité doit également avoir été exercée durant la période donnant droit à indemnité

journalière de Fr. 100.-- et non seulement que cette activité aurait été exercée sans accident. A la suite de l'accident, Madame M. n'a pas pu travailler, durant l'hiver 1992/1993, comme professeur de ski, ce qui implique que la condition contractuelle pour l'allocation d'une indemnité journalière de Fr. 100.-- n'est pas réalisée.  
 ...”

Enfin, dans une lettre rédigée en allemand et adressée le 10 août 1994 au conseil de la demanderesse, la direction générale de la Bernoise assurance a fait part à ce dernier que selon elle, le montant de 8'269 fr. 86 qu'il avait réclamé au nom de sa cliente dans un courrier du 28 juillet 1994 manquait de toute justification, même si l'on devait admettre l'interprétation que la demanderesse donnait du contrat d'assurance. Ainsi, la direction générale de la défenderesse faisait remarquer que le conseil de la demanderesse avait appliqué pour la période débutant le 15 décembre le plus haut montant d'indemnité journalière en omettant de tenir compte une seconde fois du délai d'attente; le fait même que pour les deux périodes à assurer un délai d'attente eût été convenu prouvait selon la défenderesse qu'un ajustement du montant de l'indemnité journalière en cours de sinistre n'était pas possible. Selon la direction générale de la Bernoise assurance, cette erreur de calcul, respectivement l'interprétation arbitraire des dispositions particulières du contrat apportaient la preuve que sa position était la bonne et correspondait à la volonté originelle des deux parties au contrat.

En cours de procédure, la défenderesse a allégué que si l'accident était survenu dans la période du 15 décembre au 30 avril, elle aurait versé à la demanderesse une indemnité journalière de 100 fr. même durant la période dite “d'été”. La défenderesse a en outre précisé que toujours dans cette hypothèse, la demanderesse n'aurait alors pas à toucher de prestations de la CNA. La Cour constate que les pièces produites à l'appui de ces allégations ne permettent pas d'en apporter la preuve. Celle-ci n'a pas d'avantage été apportée par le témoignage de MM. C. L. et P. D., même s'ils ont confirmé ces affirmations. En effet, P. D. est aujourd'hui encore au service de la défenderesse, alors que C. L. travaille encore pour la Bernoise assurance en qualité d'agent libre; pour cette raison, leurs dépositions doivent être appréciées avec beaucoup de retenue, d'autant plus qu'il ressort de leur audition que la Bernoise assurance a contracté de nombreuses autres polices prévoyant une couverture différenciée en fonction des activités professionnelles saisonnières et que les témoins ont ainsi un intérêt direct à ce que le point de vue de la défenderesse soit adopté par la Cour. En outre, P. D. prétend que des prétentions cumulées de la défenderesse et de l'assureur LAA n'auraient pu excéder la perte de salaire effective de la demanderesse, ce qui constitue un élément caractéristique d'une assurance contre les dommages (art. 72 LCA), alors même que dans une lettre du 30 décembre 1993 adressée au conseil de la demanderesse par la direction générale de la défenderesse, cette dernière admet expressément qu'il s'agit en l'espèce d'une assurance de somme et que l'indemnité en cas de sinistre est allouée indépendamment de la perte du salaire effective. Ce témoin semble donc manifestement mal maîtriser tous les aspects juridiques de la situation.

La défenderesse allègue également qu'à la suite de l'accident en cause, la demanderesse a été indemnisée au-delà de son dommage par les prestations de la CNA jointes aux indemnités journalières versées par elle. Sur ce point également, la Cour doit constater que les pièces fournies à l'appui de cette allégation ne permettent d'en apporter la preuve. En effet, si la défenderesse a pu ainsi démontrer le montant des prestations que la demanderesse a perçues de la part de la CNA d'une part et de la Bernoise assurance d'autre part, ces pièces ne fournissent aucune indication en ce qui concerne le salaire que percevait la demanderesse lorsqu'elle travaillait comme salariée ou comme professeur de ski. La Cour n'est donc pas à même de constater que M. a été indemnisée au-delà de son dommage effectif.

Par lettre du 28 juillet 1994, le conseil de la demanderesse a mis en demeure la Bernoise assurance de payer la somme de 8'269 fr. 86 dans un délai au 15 août 1994. La demanderesse entendait en réalité réclamer la somme de 8'259 francs 86, le montant de 8'269 fr. 86 résultant d'une simple erreur d'addition.

Selon la demanderesse en effet, la Bernoise assurance aurait dû verser 104 indemnités journalières de 100 fr. pour la période du 15 décembre 1992 au 28 mars 1993, soit un total de 10'400 fr. (dix mille quatre cents francs). La défenderesse aurait ensuite dû verser 21 indemnités journalières de 66 francs pour la période du 29 mars au 18 avril 1993, soit un total de 1'399 fr. 86. Selon la demanderesse, c'est donc un total de 11'799 fr. 86 que la Bernoise assurance aurait dû lui verser. De ce montant il y a lieu de déduire les versements effectués par la Bernoise assurance pour la période du 15 décembre 1992 au 18 avril 1994, soit 3'540 fr. (trois mille cinq cent quarante francs). En définitive, le décompte des prétentions de la demanderesse s'établit comme il suit:

- du 15 décembre 1992 au 28 mars 1993	
(incapacité totale de travail)	
Fr. 100.--	
- Fr. 30.-- versés par la Bernoise assurance	
- Fr. 7'280.--	
= Fr. 70.-- x 104 jours	
- du 28 mars 1993 au 18 avril 1993	
(incapacité de travail de 66,66 %)	
Fr. 66.66	
- Fr. 20.-- versés par la Bernoise assurance	
- = Fr. 46.66 x 21 jours	
- = Fr. 979.86	
Total Fr. 8'259.86	

Malgré la mise en demeure, la défenderesse n'a rien versé à la demanderesse ou au conseil de cette dernière.

Par demande du 10 octobre 1994, M. a conclu, avec dépens, au paiement par La Générale de Berne, Compagnie d'assurances à Berne, de la somme de 8'259 fr. 86, avec intérêt à 5 % l'an dès le 10 novembre 1992.

Dans sa réponse du 31 janvier 1995, la défenderesse a conclu, avec dépens, à libération.

**Motifs:** L'acte juridique sur lequel la demanderesse fonde ses prétentions est un contrat d'assurance individuel visant à couvrir les conséquences économiques des accidents subis par M. pendant la durée de l'assurance, soit du 7 janvier 1992 au 7 janvier 1997. Cette police a ceci de particulier que les prestations assurées varient selon les périodes de l'année et l'activité saisonnière de l'assurée.

L'essentiel du présent litige consiste à établir le fonctionnement exact de cette modulation, plus particulièrement lorsqu'un accident survient au cours de l'une des deux périodes prévues par le contrat a des conséquences économiques qui s'étendent sur l'autre période. Avant de déterminer laquelle des deux prestations doit être versée par la compagnie d'assurance au cours de cette seconde période, il convient de s'assurer au préalable que sont réunies en l'espèce toutes les conditions nécessaires au versement des indemnités réclamées par la demanderesse, et plus particulièrement que les prestations de la CNA ne constituent

pas un obstacle au versement par la défenderesse de la totalité des indemnités journalières prévues par la police litigieuse.

La défenderesse ne conteste pas que suite à l'accident du 10 octobre 1992, la demanderesse a été totalement incapable de travailler jusqu'au 28 mars 1993, cette incapacité de travail s'étant réduite d'un tiers dès le 20 mars 1993 pour disparaître entièrement le 18 avril de la même année. Il est donc admis que la demanderesse est la créancière à l'égard de la Bernoise assurance sur la base de la police d'assurance n° .. d'indemnités journalières correspondant à une incapacité totale de travail du 15 décembre 1992 au 28 mars 1993 et une incapacité de travail de 66,66% du 28 mars au 18 avril 1993. Seul le montant de ces indemnités est litigieux et doit être examiné par la Cour de céans.

Dans le courrier qu'elle a adressé le 25 octobre 1993 au conseil de la demanderesse, la Bernoise assurance relève que la CNA a pris en charge le 80% du salaire AVS de M. tout au long de son incapacité de travail, même après le 14 décembre 1992. Elle précise également que les indemnités versées par la CNA ajoutées aux prestations que la défenderesse a admises doivent verser à M. couvrent la perte de gain effective de cette dernière. En cours de procédure, la défenderesse a fait valoir que la demanderesse avait été indemnisée au-delà de son dommage par les prestations de la CNA jointes aux indemnités journalières qu'elle lui avait versées.

La Bernoise assurance semble donc prétendre que le montant des indemnités journalières qu'elle doit verser à la demanderesse doit être déterminé en fonction du dommage effectivement subi par celle-ci. Or, aucune disposition du contrat d'assurance, des conditions générales ou des conditions complémentaires ne soumettent le versement de la prestation litigieuse à une perte patrimoniale concrète. Il apparaît donc clairement que ces prestations sont exclusivement liées à la survenance d'un événement déterminé, à savoir l'incapacité totale ou partielle de travailler causée par un accident. Le contrat d'assurance conclu entre les parties est donc sans doute possible une assurance de sommes au sens des articles 73 et suivants LCA. La défenderesse elle-même s'est ralliée à cette qualification dans le courrier qu'elle a adressé le 30 décembre 1993 au conseil de la demanderesse.

Le Tribunal fédéral a précisé qu'en matière d'assurance de sommes, la prestation de l'assureur n'est subordonnée qu'à la survenance de l'événement assuré - une atteinte portée au corps humain, à certaines conditions, dans l'assurance accident - sans égard à ses conséquences pécuniaires. Il suit de là qu'une assurance accident ne doit pas être rangée dans la catégorie des assurances contre les dommages du seul fait que les prestations auxquelles elle donne droit sont fixées sur la base du revenu de la victime - ce qui est d'ailleurs tout à fait usuel -, car ce mode de calcul ne sert à déterminer que l'ampleur de ces prestations et non pas leur fondement juridique (ATF 119 II 365). Ainsi, si le montant des indemnités journalières retenu par la police litigieuse pour chacune des deux périodes de l'année se fonde sans doute sur le revenu réel réalisé par la demanderesse, la perte de ce revenu ne constitue pas selon le contrat signé par les parties une condition au versement de ces indemnités.

De même, la défenderesse ne saurait tirer argument des dispositions et des conditions complémentaires de l'assurance individuelle contre les accidents qui sont applicables au contrat litigieux et renvoient à plusieurs reprises à la Loi fédérale sur l'assurance accident. L'article CC 2 chiffre 2 des Conditions complémentaires de l'assurance individuelle contre les accidents invoqué par la défenderesse n'a pour seule portée que d'assurer le paiement d'une indemnité journalière que dans les cas où l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'assurance selon la LAA, de l'assurance militaire ou de l'assurance invalidité. Cette disposition ne précise en aucun cas que l'indemnité due à titre d'assurance complémentaire n'est versée que si un dommage concret subsiste après le versement des indemnités dues à l'assuré en vertu de la LAA, de l'assurance militaire ou de l'assurance invalidité.

La question principale soumise à la Cour de céans consiste à savoir si, en application du contrat signé par les parties, le montant des indemnités journalières versées à l'assuré varie en fonction de la période pour laquelle elle sont versées, comme le prétend la demanderesse, ou si au contraire, le seul élément déterminant est à cet égard la date du sinistre. Force est de constater que la lettre du contrat lui-même ne permet pas de répondre clairement à cette question. Tout au plus, les formules "ces prestations sont valables du 15.12. au 30.04. de chaque année" et "ces prestations sont valables du 01.05. au 14.12. de chaque année" laissent penser que le montant de l'indemnité journalière est déterminé en fonction de la période pendant laquelle elle doit être versée. Cette formulation reste cependant relativement vague et ne permet pas d'exclure de prime abord que les parties ont entendu par le terme "prestations" non seulement le paiement de l'indemnité journalière, mais l'ensemble du régime spécial de couverture institué en raison d'une activité dépendante, respectivement indépendante. Les conditions générales de l'assurance individuelle contre les accidents ainsi que les conditions complémentaires de l'assurance individuelle contre les accidents ne donnent aucune indication utile sur cette question.

En conséquence, il convient d'interpréter le contrat conclu entre les parties conformément à l'article 18 CO et à la jurisprudence rendue en application de cette disposition. Ainsi, il y a lieu de rechercher en premier lieu la réelle et commune intention des parties. Si celle-ci ne peut être établie, on tablera sur la volonté probable des contractants et le contrat sera interprété en vertu du principe de la confiance, en fonction de toutes les circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF 87 II 242 = JdT 1962 I 206; ATF 112 II 253; ATF 115 II 266 = JdT 1990 I 61 c. 5a; ATF 117 II 621 = JdT 1992 I 739 c. 6c; ATF 119 II 372 c. 4b; ATF 121 III 123 c. 4b; ERNST ZELLER: Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bâle 1992, ch. 32 ad. art. 18 CO; ERNST KRAMER: Berner Kommentar, ch. 102 ad. art. 1 CO). Le principe de la confiance n'intervient pas seulement pour déterminer dans quelle mesure l'apparence créée par une partie est efficace au point de valoir comme déclaration de volonté quand bien même l'auteur n'aurait manifesté aucune volonté, mais aussi pour dégager le sens du contenu d'une déclaration de volonté. Cette déclaration doit donc être prise et comprise du point de vue de son destinataire, au moment de la réception, mais comme le feraient des personnes honnêtes et raisonnables (PIERRE ENGEL : Traité des obligations en droit suisse, Neuchâtel 1973; p. 167. Dans le même sens : ATF 113 II 50 = JdT 1987 I 375 c. a; ERNST ZELLER: op. cit., ch. 33 ad. art. 18; PETER JÄGGI/PETER GAUCH: Zürcher Kommentar, ch. 426 ad. art. 18 CO). Notamment, la jurisprudence a déduit du principe de la confiance en matière d'interprétation des contrats la règle subsidiaire dite de l'ambiguïté (Unklarheitsregel), selon laquelle une clause contractuelle ambiguë doit en cas de doute être interprétée au détriment de son auteur (ATF 87 II 242 = JdT 1962 I 206; ATF 110 II 146; ATF 115 II 268 = JdT 1990 I 61 c. 5a; ATF 117 II 621 = JdT 1992 I 739; ATF 119 II 372). Bien que ce principe soit avant tout appliqué en matière de conditions générales pré-imprimées, son application se justifie également lorsque le texte qu'il convient d'interpréter a été rédigé par l'une des parties seulement ou par un tiers en vue du contrat litigieux (PETER JÄGGI/PETER GAUCH: op. cit., ch. 459 ad. art. 18 CO; ATF 87 II 242 = JdT 1962 I 212).

En l'espèce, comme il a déjà été relevé plus haut, les termes employés par la défenderesse laissent en soi penser que la volonté des parties était qu'en cas d'accident, une indemnité journalière de 100 fr. soit versée par jour d'incapacité au cours de la période du 15 décembre au 30 avril de chaque année et qu'une indemnité journalière de 30 fr. soit versée le cas échéant au cours de la période s'étalant du 1er mai au 14 décembre de chaque année. La référence directe à l'activité saisonnière déployée par la demanderesse au cours de chacune de ces périodes vient renforcer cette idée. Il apparaît donc manifeste qu'une personne sans aucune expérience en matière d'assurance ne pouvait donner à cette clause que le sens précité. Il n'existe dans le contrat litigieux aucun élément concret permettant de penser qu'il en irait autrement. Dans l'esprit de la demanderesse, il s'agissait de prévoir une

couverture plus étendue pour la période pendant laquelle elle exerçait une activité indépendante et par voie de conséquence, pendant laquelle elle ne bénéficiait pas de l'assurance-accident obligatoire. Faute d'une disposition expresse et précise dans le contrat, la demanderesse ne pouvait pas imaginer de bonne foi que le montant des indemnités journalières était fonction de la date de l'accident et non pas de la période durant laquelle elles devaient être versées. Dans la mesure où la formule employée par la défenderesse peut laisser planer un doute quant à son sens véritable, ce texte doit être interprété au détriment de son auteur, d'autant plus que celui-ci était un assureur professionnel habitué à ce genre de couverture différenciée selon les saisons.

Il convient de souligner également que la défenderesse elle-même a hésité pendant de nombreux mois sur le sens exact qu'il convenait de donner au contrat du 1er mai 1992. La Cour en veut pour preuve que dans son courrier du 25 octobre 1993, la défenderesse a avancé comme argument que les indemnités versées par la CNA et rajoutées aux siennes couvraient la perte de gain effective de la demanderesse, qui n'avait donc subi à aucun moment un manque à gagner supplémentaire. Cette argumentation, reprise en substance par le témoin P. D., n'a de sens que dans le cadre d'une assurance de dommage, alors que le contrat litigieux constitue sans aucun doute un assurance de sommes, comme l'a finalement reconnu la direction générale de la Bernoise assurance dans son courrier du 30 décembre 1993.

Ainsi, si la défenderesse elle-même n'avait pas au moment de la conclusion du contrat, qui est seul déterminant en matière d'interprétation, la volonté claire de déterminer le montant des indemnités journalières en fonction de la seule date de l'accident causant une incapacité de travail, la Cour ne saurait retenir que telle était la volonté commune des deux parties. Les hésitations de la défenderesse doivent d'autant plus profiter à son assurée que le témoin C. L., employé de la Bernoise assurance, a précisé que la signature de polices prévoyant des couvertures différenciées en fonction d'activités professionnelles saisonnières était relativement fréquente en montagne. Si tel est réellement le cas, l'assurée était en droit d'attendre que sa compagnie d'assurance puisse lui exposer de façon claire et précise, tant par écrit que par oral, les conditions exactes d'application de la couverture d'assurance.

La défenderesse a prétendu à plusieurs reprises que l'interprétation de la police d'assurance soutenue par son assurée aboutissait à un résultat absurde dans ce sens où cette façon de voir impliquait nécessairement le respect d'un second délai d'attente lors du passage de la période d'hiver à la période d'été. Alors que le contrat litigieux constitue une seule et même police, dotée du même numéro ..., cette argumentation ne manque pas de surprendre la Cour de céans. S'il est certain que la demanderesse n'a pas pu vouloir une couverture pouvant impliquer dans certains cas l'imputation de deux délais d'attente, cela ne signifie pas pour autant qu'elle ait compris ou accepté que seule la date du sinistre était déterminante quant au montant de l'indemnité journalière. Cet argument n'est donc manifestement pas pertinent et ne saurait être utile à la détermination de la volonté réelle ou supposée des parties.

En conséquence, il convient de retenir que l'interprétation donnée par la demanderesse du contrat d'assurance signé par les parties le 1er mai 1992 correspond à la volonté réelle ou à tout le moins supposée des parties. La Cour se rallie donc au calcul des indemnités journalières effectué par la demanderesse dont l'action doit être intégralement admise.

La demanderesse a conclu au versement d'un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 10 novembre 1992. En vertu de l'article 41 LCA, la créance qui résulte du contrat 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. Cette disposition est étroitement liée avec l'article 38 alinéa 1 LCA, qui dispose qu'en cas de sinistre, l'ayant droit doit, aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et du droit qui découle en sa faveur de l'assurance, en donne

avis à l'assureur. L'article 41 alinéa 1 LCA a en effet pour but d'octroyer à l'assureur un délai de réflexion à compter du moment où il reçoit les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (MORITZ KUHN/PASCAL MONTAVON: Droit des assurances privées, Lausanne 1994 p. 180/181; ALFRED MAURER: Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3ème édition, Berne 1995, p. 387).

En l'espèce, la Cour de céans ne dispose d'aucun élément permettant de déterminer la date exacte à laquelle la défenderesse a été avisée de la survenance et de l'ampleur du sinistre. Cet élément est cependant sans importance pour déterminer la date à partir de laquelle un intérêt de 5% l'an peut être accordé sur les prétentions de la demanderesse. En effet, il n'existe aucune raison de s'écarter de la règle générale posée par l'article 104 alinéa 1 CO selon laquelle le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5% l'an. La demanderesse a mis en demeure la Bernoise assurance de payer la somme de 8'269 francs 86 par courrier de son conseil du 28 juillet 1994, lui accordant pour se faire un délai au 15 août 1994. L'intérêt moratoire n'est donc dû que dès le lendemain de l'échéance de ce délai, soit dès le 16 août 1994.

Sous réserve du point de départ de l'intérêt moratoire, la demanderesse obtient entièrement gain de cause; conformément à l'article 92 alinéa 1er CPC, elle a droit à de plein dépens, qu'il convient d'arrêter à 3'600 fr., savoir:

- a) 2'000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil;
- b) 100 fr. pour les déboursés de celui-ci;
- c) 1'500 fr. en remboursement de son coupon de justice.

Par ces motifs,  
la Cour civile,  
statuant à huis clos,  
prononce :

I.- La défenderesse La Générale de Berne, Compagnie d'assurances (Bernoise Assurance) doit payer à la demanderesse M. la somme de 8'259 fr. 86 (huit mille deux cent cinquante-neuf francs et huitante-six centimes), avec intérêt à 5% l'an dès le 16 août 1994.

II.- Les frais de justice sont arrêtés à 1'500 fr. (mille cinq cents francs) pour la demanderesse et à 1'760 fr. (mille sept cent soixante francs) pour la défenderesse.

III.- La défenderesse doit payer à la demanderesse la somme de 3'600 fr. (trois mille six cents francs) à titre de dépens.

IV.- Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le jugement qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 5 mai 1996, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les dix jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe de la Cour civile un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en nullité, ou leurs conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Les voies de recours au Tribunal fédéral sont réservées.