



TRIBUNAL DES ASSURANCES

---

---

Présidence de M. R I T T E R, juge  
Membres : Mme Maire et M. Dind. juges  
Greffier : M. Dovat, greffier-substitut

\* \* \* \* \*

**Jugement du 4 décembre 2003**

dans la cause

X, demandeur. représenté par l'avocat  
Philippe Nordmann, audit lieu,

contre

X, COMPAGNIE D'ASSURANCES,  
défenderesse.

---

Art. 11 al. 1er, 33, 87, 98 al. 1er LCA.

## E n f a i t :

A. X, né le 26 juillet 1936, a été assuré depuis le 18 janvier 1980 auprès de la Y Assurances au titre d'un contrat collectif qui garantissait une indemnité journalière de 100 % du salaire assuré dès et y compris le 15<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail en cas de maladie, pour une durée de 730 jours dans une période de 900 jours. Cette police a été soumise à des conditions d'assurance successives, dont les dernières sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

Le 26 juin 2000, l'assuré a annoncé à l'assureur une incapacité de travail ordonnée depuis le 17 juin suivant par son médecin traitant, le Dr. K, généraliste, à Lausanne. L'assureur a pris le cas en charge après avoir interpellé le Dr K et mis en œuvre une expertise psychiatrique. Le 11 mai 2001, il a adressé à l'assuré un décompte final de ses prestations. Il précisait qu'il mettait fin à celles-ci après dix mois dès le début de l'incapacité de travail, soit au 30 avril 2001.

B. X, représenté par l'avocat Philippe Nordmann, a saisi le Tribunal des assurances le 5 octobre 2001, concluant au versement, par la Y Assurances, de la somme de 23'564 fr., sans intérêts. Ce montant représente la contre-valeur de 730 indemnités journalières de 54 fr. 80 chacune, sous déduction des 300 indemnités journalières déjà versées.

Dans sa réponse, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir que c'est à juste titre qu'elle a mis fin au service de ses indemnités après dix mois d'incapacité. En effet, l'assuré présenterait une infirmité préalable à l'incapacité de travail. Ce motif permettrait, selon les conditions générales d'assurance applicables, de mettre fin aux prestations dans le délai ci-dessus.

Les parties ont maintenu leurs conclusions de principe respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieures. Le demandeur a requis un jugement sur partie portant sur l'existence d'une infirmité au sens des conditions d'assurance.

**C.** Le contrat collectif et les conditions d'assurance y applicables ont été produits.

### **E n d r o i t :**

**1.a)** Dans un arrêt Soares Pereira c. La Suisse Assurances, du 24 juin 1998 (JdT 1999 III 106 ss), la Chambre des recours du Tribunal cantonal a statué que doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, première phrase, LAMal toute assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie, qu'elle complète ou non l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 ss LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; peu importe qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1er LAMal (JdT 1999 III 106, c. 4 et 5, confirme par Ch. rec., arrêt Supra c. Basha, du 2 février 2000, n° 311 2000; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, JdT 2000 III 79 ss: Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, dans : Colloques et journées d'études 1999-2001, éd. IRAL, Lausanne 2002, pp. 763 ss).

Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile. (Réf. 5C.26/1999).

**b)** L'article 87 LCA confère au bénéficiaire de l'assurance, dès la survenance d'un sinistre, un droit propre contre l'assureur pour ce qui est des couvertures collectives contre les accidents ou la maladie. Le demandeur a dès lors la légitimation active, tout comme la défenderesse a la qualité pour défendre.

**c)** Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]). Selon les

conclusions de la demande, la valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

**2.a)** A teneur de l'article 11 alinéa 1er, première phrase. LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, 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.

**b)** Le contrat d'assurance collectif à l'origine des conclusions de la demande procède des conditions d'assurance de la défenderesse applicables à l'assurance-maladie collective pour perte de salaire, auxquelles il se réfère expressément. Ces conditions, entrées en vigueur le 1er janvier 1996, comportent des clauses générales, au nombre desquelles leur article 9 alinéa 2.

Cette disposition prévoit que "la Y verse l'allocation journalière assurée également si l'incapacité de travail est due à une maladie d'une certaine gravité qui s'était déjà déclarée et avait été traitée médicalement ou avait fait l'objet d'une surveillance médicale, avant la prise d'effet de la couverture d'assurance (maladie récidivante)". Cette règle comporte cependant diverses exceptions. Ainsi, "lorsqu'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance a provoqué l'incapacité de travail", la Y verse l'allocation journalière assurée au maximum pour une durée de dix mois pour une durée d'emploi "auprès de l'employeur actuel" de plus de 14 ans.

3. En l'espèce, la défenderesse excipe de cette disposition contractuelle pour mettre fin au service de ses prestations dix mois après le début de l'incapacité de travail. Elle considère ainsi que l'incapacité découle d'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance.

Pour sa part, le demandeur nie l'existence de toute infirmité et excipe de l'imprécision de la clause en question. L'application de cette disposition devrait faire l'objet d'un jugement préjudiciel; à défaut d'infirmité, l'incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mai 2001 devrait être établie plus avant.

Les parties s'accordent à soumettre le présent cas d'assurance aux conditions d'assurance précitées de 1996. La défenderesse reconnaît que le demandeur doit être réputé au service du même employeur depuis l'entrée en vigueur de la police. La question déterminante pour l'issue du litige est dès lors celle de savoir si l'incapacité du demandeur annoncée le 26 juin 2000 procède d'une infirmité au sens de la disposition reproduite au considérant 2b ci-dessus.

**4.a)** Se pose, partant, la question de l'interprétation de la clause contractuelle topique.

**b)** Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Celui-ci ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. Ia; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 189; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. I b p. 158; TF, IIe Cour civile, Dusan Vukovic c. Helsana Assurances SA, du 9 février 2000, ad TAss VD du 30 août 1999, AMC 32/98 - 711999).

**c)** Le sens d'un terme figurant dans une disposition contractuelle relevant de la LCA peut être établi au moyen des dictionnaires de référence d'usage courant (cf. ATF 116 II 189 précité, qui se fonde sur le Duden, dictionnaire de référence en langue allemande). Le dictionnaire Larrousse définit l'infirmité comme une "affection particulière qui atteint d'une manière chronique une partie du corps". Selon le nouveau dictionnaire Robert (éd. 1993), il s'agit de l'état (congénital ou accidentel) d'un individu ne jouissant pas d'une de ses fonctions ou n'en jouissant qu'imparfaitement (sans que sa santé générale en soit totalement compromise)". Le terme d'infirmité doit ainsi être compris par tout assuré de bonne foi comme définissant une atteinte chronique, notamment congénitale: affectant une fonction mentale ou corporelle. Peu importe que l'affection occasionne une incapacité de travail ou pas, respectivement qu'elle en ait occasionné une ou pas.

**5.a)** Cela étant, selon l'article 33 LCA précité, l'assureur ne peut s'exonérer du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue qu'en excluant certains *événements* (souligné par le rédacteur) d'une manière précise, non équivoque. Cette disposition ne peut être modifiée par convention au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98 al. 1<sup>er</sup> LCA). Elle a donc pour finalité de protéger celui-ci contre une restriction exorbitante de la couverture d'assurance (cf. ATF 116 II 189 précité),

**b)** Le risque couvert par l'assurance d'une indemnité journalière pour perte de gain en cas de maladie est l'incapacité de travail, respectivement de gain, et non la maladie en elle-même (Bucher, Assurance maladie privée, 2e éd. Zurich 1985, p. 92). Ainsi, un assuré malade qui conserverait toute sa capacité de travail, respectivement de gain, ne pourrait prétendre aux prestations.

Il s'ensuit que l'article 33 LCA permet à l'assureur d'exclure de la couverture une ou plusieurs maladies déterminées, voire un type d'affections morbides.

**c)** aa) Le Tribunal fédéral a d'ailleurs, dans plusieurs arrêts (RBA XVII no 23: ATF 68 II 100, JT 1942 1423; ATF 57 II 434; ATF 50 II 216; RBA XIX no 40; RBA IX no 178; RBA V no 337) estimé qu'une clause d'assurance excluant la responsabilité de l'assureur pour les maladies antérieures à la conclusion de la police était valable, en ce sens qu'elle n'était ni illicite ni immorale.

Une clause limitative de couverture peut toutefois être rédigée en termes généraux, sans qu'il ne soit nécessaire d'énumérer les cas d'exclusion; il suffit d'en décrire une catégorie de manière assez précise et non équivoque pour qu'il ne subsiste aucun doute, compte tenu du contexte, sur l'étendue du risque assuré (ATF 118 II 342).

bb) La preuve d'une exclusion de couverture valable est à la charge de l'assureur qui entend s'en prévaloir (RBA XVIII no 46). En matière d'assurance-accidents, la couverture de l'incapacité de travail sous la forme d'indemnité journalière peut être limitée à une année; elle n'est en effet pas

contraire aux règles de la bonne foi (RBA VIII no 320).

En cas d'exclusion claire dans les CGA d'un contrat collectif d'assurance contre la maladie de toutes les maladies préexistantes, l'assuré n'est pas susceptible d'être couvert pour ces maladies (RBA XII no 107).

Une clause contractuelle peut valablement exclure toutes les prestations de l'assureur en cas d'état maladif préexistant ou de prédisposition à des maladies (ATF 68 II 100, JT 1942 I 423 et les autres réf. citées par Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, art. 33 LCA, p. 260). Une telle clause doit s'interpréter de bonne foi et ne peut s'appliquer qu'à des affections d'une certaine importance, connues ou non de l'assuré. En effet, la maladie préexistante est une notion difficile à définir et elle ne vise pas une maladie qui à son stade initial ne présente pas de symptômes apparents, car elle ne peut alors être qualifiée de maladie existante de sorte qu'elle est couverte, si elle ne devient observable qu'après le début de l'assurance (RBA XVI no 41).

cc) Selon la doctrine, l'assureur est en droit de définir le risque et d'exclure certains risques dans ses conditions générales d'assurance, risques qu'il aura définis dans des clauses d'exclusion (Kuhn, Droit des assurances privées, trad. française, 1994, p. 218). Carron (La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997, no 288), dans son exposé systématique de jurisprudence de la LCA, cite un jugement dont il résulte que la clause d'un contrat d'assurance prévoyant la limitation de la durée des indemnités journalières assurées en cas de réapparition d'une maladie antérieure est tout à fait courante et admissible. Bucher (op. cit., p. 79) indique que, dans l'assurance collective, les conditions générales d'assurance excluent d'une manière générale les maladies existantes, les rechutes de maladies antérieures et, par là, même, l'aggravation du risque qui pourrait en résulter. Dans l'assurance des indemnités journalières, les rechutes donnent droit à des prestations pour une durée réduite. Enfin, Carré (op. cit., pp. 244, 246 et 247) relève qu'une restriction de couverture peut résulter non seulement de la police, mais aussi des conditions générales d'assurance. Le contrat doit clairement délimiter le risque couvert. Les clauses limitant la couverture doivent être

interprétées restrictivement, selon les règles de la bonne foi

d) En l'espèce, la clause des conditions générales d'assurance de la défenderesse limitant la durée de la couverture en cas de maladie préexistante n'est ni inhabituelle, ni peu claire et la validité de dispositions contractuelles similaires a été confirmée par la jurisprudence (cf. not. ATF 68 II 100 précité).

6. Il reste ainsi à déterminer si l'atteinte à la santé ayant nécessité un traitement jusqu'en 1970 revêtait le caractère d'importance requis par la jurisprudence (ATF 44 II 96 c. 2; ATF 50 II 216 c. 3; ATF 57 II 434) et, dans l'affirmative, si l'incapacité de travail apparue le 17 juin 2000 est en relation de causalité avec celle-ci.

a) Dans le cas particulier, l'incapacité de travail déclarée le 26 juin 2000 procède d'une affection psychique. Le demandeur n'avait, depuis l'entrée en vigueur de la police: soit dès 1980, jamais subi d'incapacité pour une maladie de ce type. Il est établi qu'il a terminé ses études universitaires en 1964 et qu'il a travaillé depuis lors sans interruption jusqu'à sa mise au chômage, de juin 1992 à janvier 1993. Hormis cette période de chômage, il a ainsi travaillé sans interruption durant le laps de temps en question et même depuis l'achèvement de ses études.

Le Dr K, médecin-traitant, a indiqué le 30 octobre 2000, qu'on se trouvait en présence d'une longue évolution psychiatrique, tout en notant, le 20 mars 2001, que l'affection avait été stable jusqu'à ces dernières années. Le Dr W médecin-conseil de la défenderesse, a, dans un rapport du 6 décembre 2000, noté, que le comportement professionnel était en relation avec les troubles psychiques, mais que le patient pouvait être suivi par un bon généraliste; il présentait en outre un diabète et de l'hypertension artérielle (rapport du 6 décembre 2000). L'expert psychiatre, le Dr N, a aussi relevé, le 29 avril 2001, que l'incapacité de travail était due aux problèmes psychiatriques. En effet, ce praticien a posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile (type borderline) (F 60.31) et de traits de personnalité schizoïde (F 60.1). Il a indiqué que l'instabilité relationnelle du demandeur avec ses parents, tout particulièrement avec sa mère

(hyperprotectrice et rejetante à la foi): et ses difficultés relationnelles rencontrées tant dans le cadre professionnel que privé étaient certainement une des causes du trouble de personnalité présenté par ce patient. En fait, à la suite de ses déconvenues professionnelles et de l'instabilité de sa carrière, un état d'épuisement tant physique que psychique s'était manifesté dans le courant de l'année 2000. Enfin, l'expert a estimé que l'activité de traducteur à temps partiel permettrait à l'assuré de rester structuré et de garder une identité professionnelle donc. une certaine utilité.

Ainsi, le caractère de maladie doit bien être attribué à l'atteinte à la santé psychique qui a dû être soignée jusqu'en 1970, puisqu'il s'agit d'une longue évolution psychiatrique. En effet, cette atteinte a été causée par des troubles familiaux et professionnels qui se sont déroulés bien avant la conclusion du contrat avec la défenderesse.

Il doit en être déduit, pour ce qui est de la première question, que la maladie traitée jusqu'en 1970 avait bien une certaine gravité et il ne s'agissait pas d'un simple état maladif latent ou d'un simple état de sensibilité particulière propre à un homme parfaitement sain (JT 1942 1423).

**b)** Par conséquent, l'autorité de céans ayant admis que l'assuré souffrait d'une maladie préexistante, il faut examiner si l'incapacité de travail apparue dès le 17 juin 2000 a bien la même cause que la maladie psychique préexistante, soit s'il existe un rapport de causalité entre celle-là et celle-ci.

Il apparaît, au vu des rapport médicaux précités, que l'incapacité de travail apparue dès le 17 juin 2000 est en rapport de causalité avec la maladie psychique préexistante, et ce même si après les derniers examens pratiqués en 2001, il n'est pas exclu que l'état de grande fatigue du patient présenté dès juin 2000 puisse aussi. découler de la maladie coronarienne bitronculaire, diagnostiquée dans le courant de 2001 (rapport du Dr K du 26 mars 2003).

7. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée

**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
prononce :**

I. La demande est rejetée

Le président :



Le greffier :



Du 3<sup>e</sup> DLC. 2003

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, a défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne. Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

- a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;
- b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;
- c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;
- d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;
- e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF)

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA)

Le greffier

PROCES-VERBAUX CERTIFIÉE  
CONFORMÉMENT À L'ORIGINAL

Le greffier a



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

bc