

**Bundesgericht**

**Tribunal fédéral**

**Tribunale federale**

**Tribunal federal**



---

{T 0/2}  
5C.44/2004 /frs

**Arrêt du 21 mai 2004**  
**Ile Cour civile**

---

Composition

MM. les Juges Raselli, Président,  
Meyer et Marazzi.  
Greffier: M. Abrecht.

---

Parties

**X.**\_\_\_\_\_,  
demandeur et recourant, représenté par M<sup>e</sup> Philippe  
Nordmann, avocat,

**contre**

**Y.**\_\_\_\_\_ **Assurances,**  
défenderesse et intimée.

---

Objet

contrat d'assurance,

recours en réforme contre le jugement du Tribunal des  
assurances du canton de Vaud du 4 décembre 2003.

## **Faits:**

### **A.**

X.\_\_\_\_\_, né en 1936, a été assuré depuis le 18 janvier 1980 auprès de Y.\_\_\_\_\_ Assurances au titre d'un contrat d'assurance collectif qui garantissait une indemnité journalière, correspondant à 100% du salaire assuré, dès et y compris le quinzième jour d'incapacité de travail en cas de maladie. Les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA), dans leur dernière version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996, prévoient à leur art. 9 al. 1 que l'allocation journalière assurée est versée tant que dure l'incapacité de travail, mais au maximum 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

Selon l'art. 9 al. 2 CGA, "Y.\_\_\_\_\_ Assurances verse l'allocation journalière assurée également si l'incapacité de travail est due à une maladie d'une certaine gravité qui s'était 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 toutefois diverses exceptions. Ainsi, "lorsqu'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance a provoqué l'incapacité de travail", Y.\_\_\_\_\_ Assurances verse l'allocation journalière assurée au maximum pendant une durée variant selon la durée de l'emploi auprès de l'employeur actuel et culminant à 10 mois.

### **B.**

Le 26 juin 2000, X.\_\_\_\_\_ a annoncé à Y.\_\_\_\_\_ Assurances une incapacité de travail ordonnée depuis le 17 juin 2000 par son médecin traitant, le D'A.\_\_\_\_\_, généraliste à Lausanne. L'assureur a pris le cas en charge après avoir interpellé le D'A.\_\_\_\_\_ et mis en oeuvre une expertise psychiatrique. Le 11 mai 2001, il a adressé à l'assuré un décompte final de ses prestations, précisant qu'il mettait fin à celles-ci 10 mois après le début de l'incapacité de travail, soit au 30 avril 2001.

### **C.**

Le 5 octobre 2001, X.\_\_\_\_\_ a actionné Y.\_\_\_\_\_ Assurances devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Il a conclu au paiement de la somme de 23'564 fr., correspondant à 730 indemnités journalières de 54 fr. 80 chacune, sous déduction des 300 indemnités journalières déjà versées. La défenderesse a conclu au rejet de la

demande, en faisant valoir que l'assuré présentait une infirmité préexistante au sens de l'art. 9 al. 2 CGA.

**D.**

Le Tribunal des assurances a rejeté la demande par jugement du 4 décembre 2003, dont la motivation est en substance la suivante :

**D.a** La question déterminante pour l'issue du litige est celle de savoir si l'incapacité de travail annoncée le 26 juin 2000 procède d'une "infirmité" au sens de l'art. 9 al. 2 CGA. Il convient donc d'interpréter cette clause contractuelle, selon le sens que les mots employés ont ordinairement dans l'usage quotidien du langage (ATF 116 II 189; 104 II 281). Le dictionnaire Larousse définit l'infirmité comme une "affection particulière qui atteint d'une manière chronique une partie du corps". Selon le nouveau dictionnaire Robert (édition 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, respectivement ait occasionné, une incapacité de travail ou pas.

**D.b** Cela étant, conformément à l'art. 33 LCA, l'assureur ne peut s'exonérer du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue que pour autant que le contrat exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque, la preuve d'une exclusion de couverture valable étant à la charge de l'assureur qui entend s'en prévaloir.

Il est admis en jurisprudence et en doctrine qu'une clause contractuelle peut valablement exclure toutes les prestations de l'assureur — ou, *a majore minus*, en limiter la durée — en cas d'état maladif préexistant ou de prédisposition à des maladies. Une telle clause doit s'interpréter de bonne foi et ne peut s'appliquer qu'à des affections d'une certaine importance.

En l'espèce, la clause des conditions générales d'assurance de la défenderesse limitant la durée de la couverture (*recte* : des prestations) 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. notamment ATF 68 II 100).

**D.c** Il reste ainsi à déterminer dans le cas particulier si l'atteinte à la santé ayant nécessité un traitement jusqu'en 1970 revêtait le caractère d'importance requis par la jurisprudence et, dans l'affirmative, si l'incapacité de travail d'origine psychique apparue le 17 juin 2000 est en relation de causalité avec celle-ci.

Depuis l'entrée en vigueur de la police en 1980, le demandeur n'avait jamais subi d'incapacité de travail pour une maladie de type psychique. Il est en effet établi qu'après avoir terminé ses études universitaires en 1964, il a travaillé sans interruption, hormis une période de chômage du mois de juin 1992 au mois de janvier 1993.

Le D<sup>r</sup> A.\_\_\_\_\_, 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. Quant au D<sup>r</sup> B.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la défenderesse, il a noté dans un rapport du 6 décembre 2000 que le comportement professionnel était en relation avec les troubles psychiques mais que le patient, qui présentait en outre un diabète et de l'hypertension artérielle, pouvait être suivi par un bon généraliste.

L'expert psychiatre, le D<sup>r</sup> C.\_\_\_\_\_, a lui aussi relevé, le 29 avril 2001, que l'incapacité de travail était due aux problèmes psychiatriques, posant le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile (borderline) et de traits de personnalité schizoïde. Il a indiqué que l'instabilité relationnelle du demandeur avec ses parents et ses difficultés relationnelles rencontrées dans le cadre tant professionnel que privé étaient certainement une des causes du trouble de la 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.

**D.d** Il résulte de ce qui précède que 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 d'assurance. Puisqu'il doit ainsi être admis que l'assuré souffrait d'une maladie préexistante, il faut examiner si l'incapacité de travail apparue dès le 17 juin 2000 est en rapport de causalité avec la maladie psychique préexistante. Tel apparaît bien être le cas sur le vu des rapports médicaux précités, même s'il n'est pas exclu, selon un

rapport du D<sup>r</sup> A. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2003, que l'état de grande fatigue présenté par le demandeur dès le mois de juin 2000 puisse aussi découler de la maladie coronarienne bitronculaire diagnostiquée dans le courant de l'année 2001. Partant, la demande doit être rejetée.

**E.**

Agissant par la voie du recours en réforme au Tribunal fédéral, le demandeur conclut à la réforme de ce jugement en ce sens que la défenderesse lui doit le montant de 23'564 fr.

La défenderesse conclut principalement à l'irrecevabilité du recours et subsidiairement à son rejet.

**Le Tribunal fédéral considère en droit:**

**1.**

Le litige relatif à des prétentions fondées sur un contrat d'assurance conclu auprès d'une compagnie d'assurance privée et soumis à la LCA constitue une contestation civile portant sur des droits de nature pécuniaire au sens de l'art. 46 OJ. Le recours est ainsi recevable du chef de cette disposition, les droits contestés devant l'unique instance cantonale atteignant manifestement une valeur d'au moins 8'000 fr. Le recours est également recevable au regard des art. 54 al. 1 et 48 al. 1 OJ. Il a en effet été formé en temps utile contre une décision finale prise par le tribunal suprême du canton de Vaud (le Tribunal cantonal comprenant le Tribunal des assurances selon l'art. 2 ch. 1 let. a de la loi vaudoise d'organisation judiciaire, RSV 2.1 A) et qui ne peut pas être l'objet d'un recours ordinaire de droit cantonal.

**2.**

Le demandeur reproche notamment à l'autorité cantonale d'avoir interprété de manière erronée la notion d'infirmité, qu'il faudrait prendre dans son sens commun de handicap, c'est-à-dire de diminution durable des fonctions physiques ou mentales. Or les troubles psychiques auxquels a été attribuée l'incapacité de travail survenue dès le 17 juin 2000 ne constitueraient pas une infirmité au sens précité, le demandeur ayant d'ailleurs eu sa pleine capacité de travail durant des décennies.

**2.1** Selon la jurisprudence, les conditions générales expressément intégrées à un contrat doivent être interprétées selon les mêmes

principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 117 II 609 consid. 6c *in limine*). Ainsi, en l'absence d'indices contraires, les termes utilisés par les parties sont censés employés dans leur sens habituel (ATF 118 II 342 consid. 1a; 116 II 345 consid. 2b; 104 II 281 consid. 2 et les arrêts cités). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 117 II 609 consid. 6c/bb). Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (FUHRER, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 106 ad art. 33 LCA).

**2.2** En l'espèce, il convient de constater, en complètement des constatations de fait de l'autorité cantonale (art. 64 al. 2 OJ), que les conditions générales d'assurance applicables définissent l'infirmité de la manière suivante (art. 1 CGA) : "Est qualifiée infirmité toute perte ou altération définitive d'une fonction ou d'un organe". C'est donc à cette définition conventionnelle qu'il faut se référer.

Par ailleurs, comme on l'a vu (cf. lettre A *supra*), les conditions générales d'assurance applicables prévoient (art. 9 al. 2 CGA) que "Y. \_\_\_\_\_ Assurances verse l'allocation journalière assurée également si l'incapacité de travail est due à une maladie d'une certaine gravité qui s'était 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)". En revanche, selon l'art. 4 CGA — dont la teneur peut être retenue en application de l'art. 64 al. 2 OJ —, ne donne pas droit au versement de l'allocation journalière "une incapacité de travail, due à une maladie, et qui est en cours lors de la prise d'effet de la couverture d'assurance".

Ainsi, dans le système des conditions générales d'assurance applicables au présent litige, une incapacité de travail survenant postérieurement à la prise d'effet de la couverture d'assurance donne lieu au versement d'allocations journalières pendant une durée maximale de 730 jours même si elle est due à une maladie préexistante. C'est uniquement lorsque l'incapacité de travail est provoquée par "une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance" que l'art. 9 al. 2 CGA permet de réduire la durée des prestations (cf. lettre A *supra*).

**2.3** Il résulte de ce qui précède qu'il ne suffit pas, contrairement à ce que paraît considérer l'autorité cantonale (cf. lettre D.d *supra*), que l'incapacité de travail apparue dès le 17 juin 2000 soit due à une maladie préexistante, soit à "l'atteinte à la santé psychique qui a dû être soignée jusqu'en 1970". La durée des prestations ne peut en effet être limitée à 10 mois, en application de l'art. 9 al. 2 CGA, que si l'incapacité de travail a été provoquée par une **infirmité** antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance. La notion d'infirmité doit être interprétée selon la définition figurant à l'art. 1 CGA, à savoir comme la "perte ou altération définitive d'une fonction ou d'un organe". Il appartient à l'assureur, qui prétend réduire la durée des prestations, de prouver l'existence d'une infirmité au sens précité ainsi que, le cas échéant, le rapport de causalité entre l'infirmité et l'incapacité de travail.

Or, en l'espèce, il ne ressort pas des constatations de fait du jugement attaqué que le demandeur, au moment déterminant de la prise d'effet de la couverture d'assurance, ait été atteint d'une infirmité au sens défini à l'art. 1 CGA. Le seul fait que le demandeur, qui avait travaillé sans interruption depuis la fin de ses études universitaires en 1964 jusqu'à sa mise au chômage en 1992, ait dû être soigné jusqu'en 1970 pour un trouble de la personnalité, dû à une instabilité relationnelle avec ses parents et à des difficultés relationnelles, ne permet certainement pas de conclure à l'existence d'une infirmité au sens de la perte ou de l'altération définitive d'une de ses fonctions.

**2.4** Il s'ensuit que la cour cantonale a violé le droit fédéral en retenant l'existence d'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance, qui permettrait à la défenderesse, en application de l'art. 9 al. 2 CGA, de mettre fin à ses prestations après une durée de 10 mois au lieu de 730 jours.

### **3.**

Comme l'état de fait du jugement entrepris ne permet pas au Tribunal fédéral de statuer directement sur les conclusions du demandeur, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'autorité cantonale en l'invitant à compléter l'état de fait et à statuer à nouveau dans le sens des considérants du présent arrêt (art. 64 al. 1 OJ).

La défenderesse, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 156 al. 1 OJ) ainsi que ceux encourus par le demandeur pour la procédure fédérale (art. 159 al. 1 OJ).

**Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:**

**1.**

Le recours est admis, le jugement attaqué est annulé et l'affaire est renvoyée à l'autorité cantonale pour complètement de l'état de fait et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**2.**

Sont mis à la charge de la défenderesse:

**2.1** un émolument judiciaire de 2'000 fr.;

**2.2** une indemnité de 2'000 fr. à verser au demandeur à titre de dépens.

**3.**

Le présent arrêt est communiqué en copie aux parties et au Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Lausanne, le 21 mai 2004

Au nom de la IIe Cour civile  
du Tribunal fédéral suisse

Le président:

Le greffier: