

En fait :

A. X , né le 26 juillet 1936, a été assuré depuis le 18 janvier 1980 auprès de l'assureur au titre d'un contrat collectif qui garantissait une indemnité journalière de 100 % du salaire assuré dès et y compris le 15^{ème} 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^{er} 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 , médecin généraliste, à Lausanne. L'assureur a pris le cas en charge après avoir interpellé le Dr K et demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans un rapport d'expertise daté du 29 avril 2001, le Dr N , spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Carouge, a diagnostiqué chez l'intéressé un état dépressif sous-jacent, entraînant une incapacité de travail devant perdurer en tout cas pendant encore plusieurs mois. Il ressortait en outre de ce rapport que l'assuré avait suivi une psychothérapie auprès du Dr A , à Lausanne, de 1961 à 1970.

Le 11 mai 2001, l'assureur 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, dès lors que, selon le rapport du Dr N l'affection étant à l'origine de l'incapacité de travail était fort ancienne, qu'elle procédait d'une infirmité préexistante et que pour ce motif, le droit aux prestations de l'assuré était limité à 10 mois, conformément à l'article 9 alinéa 2 des conditions générales d'assurance applicables (ci-après : CGA).

Par lettres des 7 et 8 juin 2001, l'intéressé a contesté cette décision et demandé à l'assureur de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 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 l'assureur, 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.

En cours de procédure, le contrat collectif et les conditions d'assurance y applicables ont été produits.

C. Par jugement du 4 décembre 2003, l'autorité de céans a rejeté la demande de X au motif que l'incapacité de travail annoncée le 26 juin 2000 procédait d'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance et que l'assureur était ainsi fondé, en vertu de l'article 9 alinéa 2 de ses CGA, à interrompre le versement de ses prestations après 10 mois.

D. Statuant sur recours de IX le Tribunal fédéral (ci-après : TF) a, par arrêt du 21 mai 2004, annulé le jugement du 4 décembre 2003, la cause étant renvoyée au tribunal de céans afin qu'il complète l'état de fait et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants. Précisant que la notion d'infirmité devait être appréciée selon l'article 1^{er} des CGA applicables, le TF a considéré que l'autorité de céans avait violé le droit fédéral en retenant l'existence d'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance, permettant ainsi à la défenderesse de mettre fin à ses prestations après une durée de 10 mois au lieu de 730 jours. Le TF considère en outre que le traitement psychiatrique suivi par le demandeur jusqu'en 1970 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.

Invité par le magistrat instructeur à compléter son rapport du 29 avril 2001, le Dr N a précisé, dans un rapport complémentaire du 1^{er} juillet 2004, que l'incapacité de travail du demandeur était uniquement liée au trouble de la personnalité et que l'intéressé, pouvait tout à fait bien fonctionner

professionnellement et socialement tant qu'il n'y avait pas de déstabilisation relationnelle ou affective majeure.

En date du 10 août 2004, la défenderesse s'est déterminée sur le rapport du Dr N . Elle a estimé que le trouble de la personnalité présent chez l'assuré était à considérer non comme une simple prédisposition, mais comme une altération définitive du fonctionnement psychique normal et qu'une telle affection procédait d'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance. La défenderesse a en outre précisé que dans l'hypothèse où les indemnités journalières devaient être versées pendant plus de dix mois, le droit aux prestations aurait de toute façon cessé, selon les CGA, au plus tard 180 jours après le moment où l'assuré a été mis au bénéfice des prestations de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS), soit dès le 1^{er} août 2001.

Dans ses déterminations du 26 août 2004, le demandeur a estimé qu'il ressortait du rapport complémentaire du 1^{er} juillet 2004 que son fonctionnement psychique n'était nullement altéré et encore moins de manière définitive, dès lors que le Dr N admettait qu'il pouvait tout à fait bien fonctionner professionnellement et socialement tant qu'il n'y avait pas de déstabilisation relationnelle ou affective majeure et qu'ainsi, il n'y avait pas lieu d'admettre l'existence d'une infirmité. L'assuré demande en outre que l'affection cardiaque qu'il présente depuis 2001 soit prise en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail.

Le 9 septembre 2004, la défenderesse s'est brièvement déterminée. Elle fait notamment valoir que le droit aux indemnités journalières est de toute manière limité au 27 janvier 2002 au plus tard, dès lors que les CGA prévoient l'épuisement du droit aux prestations 180 jours après le début du droit de l'assuré aux prestations AVS, ces dernières lui étant versées depuis le 1^{er} août 2001.

E n d r o i t :

1. Le présent jugement procède de la reprise de cause par suite du renvoi ordonné par la juridiction fédérale.
2. Le contrat d'assurance collectif à l'origine des conclusions de la demande procède des CGA de la défenderesse applicables à l'assurance-maladie collective pour perte de salaire, auxquelles il se réfère expressément. Ces conditions, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1996, comportent des clauses générales, au nombre desquelles figurent les articles 1 et 9 alinéa 2.

Aux termes de l'article 1^{er} des CGA, est qualifiée d'infirmité toute perte ou altération définitive d'une fonction ou d'un organe.

Selon l'article 9 alinéa 2 des CGA, 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 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 considère que l'incapacité de travail de l'assuré découle d'une infirmité antérieure à la prise d'effet de la couverture d'assurance et excipe de l'article 9 alinéa 2 des CGA pour mettre fin au service de ses prestations dix mois après le début de cette incapacité.

Pour sa part, le demandeur nie l'existence de toute infirmité au sens de l'article 1^{er} des CGA et considère dès lors que le service des indemnités journalières doit être poursuivi au-delà du 1^{er} mai 2001.

Les parties s'accordent à soumettre le présent cas d'assurance aux CGA précitées de 1996. La défenderesse reconnaît par ailleurs 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 de travail du demandeur, annoncée le 26 juin 2000, procède d'une infirmité au sens de l'article 1^{er} des CGA, reproduit au considérant 2 ci-dessus.

4. a) Se pose, partant, la question de l'interprétation de la clause contractuelle topique, définissant la notion d'infirmité.

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 un 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. 1a; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 189; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. 1b p. 158; TF, IIème Cour civile, D c. H Assurances SA, du 9 février 2000, ad Tass VD du 30 août 1999, AMC 32/98 – 7/1999).

c) En l'espèce, la clause contractuelle topique pose une définition de la notion d'infirmité qui n'est entachée d'aucune équivoque.

5. a) Selon l'article 33 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : 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.

Cette disposition a pour finalité de protéger le preneur d'assurance 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, 2^e 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 d'assurance une ou plusieurs maladies déterminées, voire un type d'affections morbides. Il ne l'habilite pas pour autant à exclure, d'une manière générale, toute affection dont l'origine est antérieure à l'entrée en vigueur de la police, s'agissant d'un status n'occasionnant pas d'incapacité de travail. Le risque assuré, soit l'incapacité de gain procédant d'une maladie, est par définition issu d'un status antérieur, qui peut être asymptomatique voire même constituer une infirmité au sens conféré à ce terme selon les règles d'interprétation appliquées ci-dessus. C'est d'ailleurs ce qui différencie la maladie de l'accident. Une infirmité n'est pas un événement isolé (au sens de l'art. 33 LCA), mais un état chronique. La clause contractuelle en question a dès lors un caractère exorbitant au regard de l'article 33 LCA. Elle n'est ainsi pas opposable à l'assuré dans la mesure où elle excède les restrictions du risque couvert autorisées par cette disposition légale. Le risque assuré est, comme déjà relevé, l'incapacité de gain résultant d'une maladie.

Ainsi, comme en statue le TF, "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", du moment qu'il ne s'agit pas d'une infirmité. Une infirmité n'ayant pas occasionné d'incapacité de gain, à plus forte raison si elle ne revêt pas le caractère de maladie, ne peut dès lors donner lieu à une restriction du risque assuré.

6. Dans le cas particulier, l'incapacité de travail déclarée le 26 juin 2000 procède d'abord d'une affection psychique. Le TF a statué que le traitement psychiatrique suivi par le demandeur de 1961 à 1970 "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".

En effet, le demandeur n'avait, depuis l'entrée en vigueur de la police, soit dès 1980, jamais subi d'incapacité de travail 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. Ses "troubles de la personnalité émotionnellement labile" et ses "traits de personnalité schizoïde", mis en évidence par le Dr N dans son rapport du 29 avril 2001, n'ont ainsi pas eu d'effet sur sa capacité de travail, même s'ils ont été à l'origine de l'instabilité de ses rapports professionnels. Ces faits sont par ailleurs confortés par l'avis complémentaire, établi le 1^{er} juillet 2004 par le Dr N. Ce praticien établit en effet sans équivoque qu'une personne présentant de telles caractéristiques peut travailler de façon adéquate "tant qu'il n'y a pas de déstabilisation relationnelle ou affective majeure". C'est en vain que la défenderesse tente de plaider le contraire dans ses déterminations du 10 août 2004.

Le seul traitement psychiatrique suivi par le demandeur l'a été de 1961 à 1970, soit de sa 15^{ème} à sa 24^{ème} année. Le début de sa carrière professionnelle recouvre donc les deux derniers tiers de la psychothérapie. Il doit en être déduit que les troubles psychiques n'étaient pas invalidants, non seulement depuis l'entrée en vigueur de la police, mais même auparavant. Ils ne constituaient donc pas un risque d'assurance relevant de la couverture pour perte de gain. L'incapacité déclarée le 26 juin 2000 ne peut dès lors être exclue de la couverture d'assurance au titre d'infirmité et au bénéfice de l'article 33 LCA.

7. Cela étant, le droit du demandeur à des prestations de l'assureur au-delà du 30 avril 2001 ne dépend pas seulement de l'application de l'article 33 LCA. Encore faut-il que l'assuré étaye à satisfaction de droit une incapacité de travail dès le 1^{er} mai 2001. Or, la défenderesse conteste, à titre subsidiaire, la validité de l'annonce de toute incapacité à compter de cette date, faute pour l'assuré d'avoir, selon elle, procédé en temps utile. Elle méconnaît cependant les lettres de l'assuré des 7 et 8 juin 2001, rédigées par son conseil d'alors, par lesquelles il demandait que les indemnités journalières lui fussent versées au-delà du 30 avril 2001.

Un autre élément doit aussi être pris en compte, à savoir que le demandeur, né le 26 juillet 1936, est au bénéfice d'une rente AVS depuis le 1^{er} août 2001. Or, l'article 9 alinéa 3 des CGA prévoit que "sous réserve d'un épuisement éventuel des prestations, l'allocation journalière en cas d'incapacité de travail, quel que soit le moment où celle-ci a commencé, est versée (...) au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge AVS, au maximum pendant 180 jours compris dans une période de 540 jours consécutifs". Partant, la retraite du demandeur au 31 août 2001 influence son droit éventuel à des indemnités depuis cette date.

8. Le terme découlant de la norme contractuelle précitée doit être calculé depuis le 213^{ème} jour de l'année 2001 (1^{er} août), et court jusqu'au 27 janvier 2002.

L'incapacité de travail du demandeur au-delà du 30 avril 2001 peut être tenue pour établie, conformément à l'avis du Dr N , lequel considère que celle-ci doit perdurer pour une période indéterminée, aucune amélioration n'étant envisagée. La décompensation psychique de l'assuré, entraînant une incapacité de travail dans toute profession, est ainsi établie tant pour ce qui est de sa gravité que de ses conséquences économiques. Au surplus, la question de savoir si une incapacité consécutive à des troubles cardiaques s'ajoute à l'incapacité due au status psychiatrique peut rester indécise, une incapacité totale de travail procédant des seules troubles psychiatriques devant être tenue pour avérée. Le moyen du demandeur portant sur ce point n'a ainsi pas à être examiné, si ce n'est pour préciser que les troubles cardiaques, survenus pour la première fois en 2001, ne paraissent pas procéder d'une infirmité, mais bien plutôt d'une maladie.

9. Le montant de l'allocation journalière est de 54 fr. 80; la période du 1^{er} mai 2001 au 27 janvier 2002 comportant 272 jours, le total des prestations auquel l'assuré a droit s'élève ainsi à 14'905 fr. 60 en capital.

10. Le demandeur obtient gain de cause sur le principe, même si l'adjudication de l'entier de ses conclusions ne lui est pas accordée. Conformément à l'article 26 bis de la loi sur le Tribunal des assurances (LTA), il

a par conséquent droit à de pleins dépens qu'il paraît équitable d'arrêter à 3'500 francs pour les deux instances cantonales, vu l'incontestable complexité du cas.

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

I. Les conclusions de la demande déposée le 5 octobre 2001 par
X contre la Y Compagnie
d'assurances, sont admises.

II. La défenderesse est débitrice du demandeur de la somme de
14'905 fr. 60 (quatorze mille neuf cent cinq francs soixante), valeur échue.

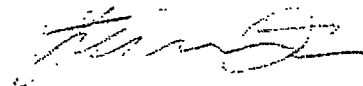
III. La défenderesse est débitrice du demandeur de la somme de
3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens des deux instances
cantonales.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 21 FEV. 2005

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, à 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

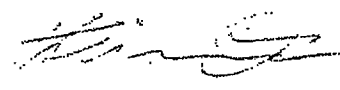
inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

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

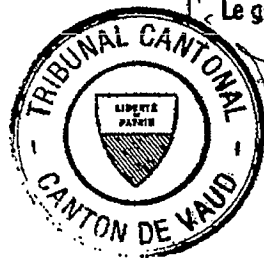
Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

Le greffier :



PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :



fb