

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 30 janvier 2012

Présidence de M. COLOMBINI, président
Juges : M. Abrecht et Mme Bendani
Greffier : M. Corpataux

* * * * *

Art. 18 al. 1 CO ; 33 LCA

Statuant à huis clos sur l'appel interjeté par **A.**_____, à Vers-chez-Perrin, demanderesse, contre le jugement rendu le 7 septembre 2011 par la Cour des assurances sociales dans la cause divisant l'appelante d'avec **B.**_____ **SA**, à Lausanne, défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal voit :

En fait :

A. Par jugement du 7 septembre 2011, dont le dispositif a été communiqué aux parties le même jour et les considérants le 24 octobre 2011, la Cour des assurances sociales a rejeté la demande d'A._____ (I) et dit qu'il n'était pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens (II).

En droit, la cour a considéré, d'une part, que l'épisode dépressif dont avait souffert la demanderesse en mars 2008 était en lien de causalité avec les troubles antérieurs, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une « autre maladie » – au sens du chiffre 12.2 des conditions générales pour l'assurance maladie collective perte de salaire de B._____ SA (ci-après : les CGA) – donnant droit à de nouvelles prestations de l'assureur ; selon les premiers juges, les différents troubles et la dépression dont avait souffert la demanderesse entre 2006 et 2008 s'inscrivaient en effet dans un même contexte et représentaient dès lors une seule maladie. La cour a estimé, d'autre part, qu'une rente entière AI avait été octroyée à la demanderesse, de sorte que la survenance d'une nouvelle maladie, en l'espèce un accident vasculaire cérébral (ci-après : un AVC), ne pouvait plus donner droit à des indemnités journalières, en vertu du chiffre 12.2 in fine CGA.

B. Par mémoire du 25 novembre 2011, A._____ a fait appel de ce jugement, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que B._____ SA est sa débitrice et lui doit prompt et immédiat paiement de 730 indemnités journalières représentant le montant total de 144'029 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 28 mai 2009 (échéance moyenne).

Par réponse du 24 janvier 2012, B._____ SA s'est déterminée sur l'appel, concluant à son rejet.

C. La Cour d'appel civile retient les faits suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

a) A. _____ (ci-après : l'assurée) naturopathe-homéopathe exerçant à titre indépendant, a conclu avec B. _____ SA (ci-après : l'assureur) un contrat d'assurance perte de gain, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003, qui a pour objet le service d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail en raison d'une maladie ou d'un accident.

Le contrat d'assurance indique que les patrons peuvent être assurés à 100 % du salaire fixe convenu, après un délai d'attente, en cas de maladie, d'accouchement et d'accident (art. 4.3.2) et que la durée des prestations est, en cas de maladie, de 730 jours moins le délai d'attente convenu compris dans une période de 900 jours consécutifs, les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 % comptant comme jours entiers (art. 4.4.1). En l'espèce, la couverture a été fixée comme il suit : le chef d'entreprise, à 100 %, dès le 31^{ème} jour pour maladie et/ou accidents. Le montant conventionnel assuré a été fixé annuellement à 72'000 fr. ; l'indemnité journalière correspond aux 100 % du montant conventionnel assuré et s'élève à 197 fr. 30.

Les CGA contiennent notamment les clauses suivantes :

« 8 Allocation des prestations	8.1. Principe	Les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail de 25 % au moins, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée. [...]
	11.5. Salaire convenu	Pour les personnes assurées sur la base d'un salaire convenu, celui-ci est déterminant. La dernière phrase du ch. 11.1 est applicable par analogie.
	11.6. Salaire maximum	La police fixe le salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations.
12 Durée des prestations	12.1. Principe	B. _____ SA verse, sous réserve des éventualités visées aux ch. 12.3 à 12.6, l'allocation journalière assurée pendant une période maximale de 730 jours par maladie. Le délai d'attente convenu est imputé sur la durée maximale des

prestations. Pour le calcul des prestations, les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 % comptent comme jours entiers.

12.2. Une fois écoulee la période prévue au ch. 12.1, Exclusion cette maladie ne donne plus droit à des prestations et est exclue de la couverture d'assurance. Pour toute autre maladie, en cours ou non à ce moment, la couverture reste accordée selon les mêmes modalités (ch. 12.1), sous réserve toutefois que la première maladie ne donne pas déjà droit à une rente complète de l'assurance – invalidité fédérale. »

b) Le 26 juin 2006, l'assurée a adressé à l'assureur une déclaration d'accident, invoquant une incapacité de travail partielle à compter du 25 mai 2006. L'assureur a servi des indemnités journalières dès cette date et jusqu'au 24 mai 2008, pour une incapacité de gain partielle ou totale selon les périodes.

L'assurée a en effet été victime de deux chutes au printemps 2006. Elle a indiqué avoir subi une entorse du genou droit le 24 avril 2006, alors qu'elle effectuait une marche à l'occasion de vacances en Thaïlande. Puis, le 24 mai 2006, en Suisse, elle a chuté dans un escalier et s'est fracturé un doigt. Comme ses douleurs au genou (gonalgies) étaient durables, elle a été opérée à Lausanne le 7 août 2006 (ménisectomie) sous anesthésie rachidienne.

Après cette opération, l'assurée a souffert de lombalgie et d'algie du membre inférieur droit chroniques, d'origine indéterminée ; la symptomatologie douloureuse du membre inférieur droit limitait la reprise de l'activité professionnelle, ce qui a notamment été constaté par le Dr H [...], neurologue à Lausanne, qui a établi le 20 août 2007 une expertise médicale destinée à l'assureur.

L'assurée admet que depuis le 25 mai 2006, à la suite des accidents du printemps 2006, l'assureur lui a servi les prestations prévues par le contrat d'assurance en relation avec ces accidents, pour la période maximale prévue (730 jours), le délai d'attente de 30 jours ayant été imputé.

c) Entre le 26 mars 2008 et le 22 avril 2008, l'assurée a été hospitalisée en milieu psychiatrique pour un épisode dépressif sévère. Auparavant, elle était suivie de manière ambulatoire depuis deux ans par la Dresse M [...], psychiatre à Lausanne.

d) Le 27 mai 2008, l'assurée a subi un AVC avec un hémisyndrome sensitif et ataxique gauche et une dysarthrie. Elle a été hospitalisée au CHUV et a été en incapacité de travail à la suite de cette atteinte.

e) aa) Le 20 janvier 2009, l'assurée a adressé à la Cour des assurances sociales une demande dont les conclusions sont les suivantes :

« I.

Pour la période du 25 mai 2008 au 20 janvier 2009, B._____ SA est la débitrice d'A._____ et lui doit prompt et immédiat paiement du montant de fr. 47'549.30 (quarante-sept mille cinq cent quarante-neuf francs trente) avec intérêt à 5% l'an à compter du 21 septembre 2008 (échéance moyenne).

II.

A compter du 21 janvier 2009, B._____ SA est la débitrice d'A._____ d'indemnités journalières en application de la police d'assurance [...] aussi longtemps que celle-ci sera en incapacité de gain et jusqu'à concurrence de 730 indemnités à décompter dès le 25 mai 2008. »

Dans sa réponse du 10 mars 2009, l'assureur a conclu au rejet de la demande.

La demanderesse s'est déterminée le 22 avril 2009.

bb) Parallèlement à ses démarches tendant à obtenir des prestations supplémentaires de l'assureur, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité. Par une décision rendue le 16 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) lui a reconnu, dès le 1^{er} septembre 2007, le droit à trois-quarts de rente d'invalidité, puis, dès le 1^{er} juin 2008 (soit après trois mois d'aggravation depuis le 26 mars 2008 – début de l'hospitalisation en milieu psychiatrique), le droit à une rente entière.

Le dossier AI contient notamment un rapport médical du 22 août 2008 du Dr T [...], spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, qui pose les diagnostics de lombosciatalgies à prédominance droite depuis août 2006, de hémisyndrome sensitivo-moteur brachio-crural, troubles mnésiques et sphinctériens depuis juin 2008, ainsi que d'épisode dépressif sévère en mars 2008, pour lesquels il retient une incapacité de travail de 100 % du 20 septembre au 31 décembre 2006, de 70 % du 1^{er} janvier 2007 au 25 mars 2008, et de 100 % dès le 26 mars 2008, étant précisé que l'incapacité était toujours totale lors de son examen clinique du 15 août 2008.

Le dossier AI comprend également un avis médical du 14 octobre 2008 du Dr L [...], du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), qui retient une atteinte principale sous la forme de lombosciatalgies chroniques droites d'origine peu claire, à laquelle sont associés un hémisyndrome sensitivo-moteur gauche et des troubles mnésiques en juin 2008, ainsi qu'un épisode dépressif sévère en mars 2008. L'évolution de l'incapacité de travail est celle décrite par le Dr T [...] dans son rapport du 22 août 2008, le médecin du SMR préconisant toutefois la révision du droit à la rente au début de l'année 2009.

cc) Après avoir pris connaissance de la décision de l'Office AI du 16 octobre 2009, la défenderesse a fait valoir que, dès lors que la demanderesse avait droit à une rente AI entière, il n'y avait plus d'indemnisation possible d'une autre maladie.

dd) Les parties ont comparu à l'audience d'instruction du 26 avril 2010. Avec leur accord, il a été décidé de mettre en œuvre un expert psychiatre chargé d'examiner la question du lien de causalité entre les complications postérieures aux chutes du printemps 2006, d'une part, et la grave dépression diagnostiquée en avril 2008, d'autre part ; l'expert avait en outre la mission de déterminer si cette grave dépression avait entraîné une invalidité et, le cas échéant, de quel degré et de quelle durée. Le procès-verbal de l'audience mentionne que la défenderesse ne met pas en doute l'absence de lien entre les douleurs survenues à partir de 2006 et l'accident vasculaire cérébral du 27 mai 2008.

L'expertise a été confiée au Dr F [...], spécialiste FMH en psychiatrie, à Sion. Dans son rapport du 17 août 2010, l'expert a exposé, en conclusion, ce qui suit :

« Appréciation assécurologique

La première question qui se pose ici est celle du lien de causalité entre les complications postérieures aux chutes du printemps 2006 d'une part et la grave dépression diagnostiquée en avril 2008 d'autre part.

L'assurée A. _____ présentait vraisemblablement une fragilité antérieure aux chutes du printemps 2006. Elle est entre autres choses documentée dans le résumé d'hospitalisation de l'hôpital de Cery qui relate des éléments dépressifs de peu de sévérité après le décès de la mère en 2005.

Dans un tel contexte, les chutes du printemps 2006 et les suites de l'intervention chirurgicale et de la rachianesthésie du 07.08.2006 valaient pour un facteur de stress. L'assurée a eu de grandes difficultés à accepter son handicap. Elle ne s'y attendait pas. Elle semble aussi avoir vécu les suites opératoires avec un sentiment de révolte et d'injustice. Elle a développé un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression.

En l'état, on peut raisonnablement admettre que l'expertisée n'aurait pas développé un tel trouble s'il n'y avait pas eu les chutes du 24.04.2006, du 24.05.2006 et les troubles physiques apparus après l'opération du 07.08.2006. Si la fragilité antérieure a pu jouer un rôle défavorable, elle n'a vraisemblablement pas eu une valeur prépondérante dans le développement du trouble de l'adaptation et dans son maintien. Pour le soussigné, le lien de causalité naturelle entre les chutes et leurs suites et ce trouble de l'adaptation a une vraisemblance prépondérante (> 50 %), tout en sachant que l'incapacité de travail de l'assurée relevait des douleurs et des problèmes traumatologiques, comme l'a d'ailleurs souligné le médecin psychiatre traitant, et non pas du trouble de l'adaptation.

En mars 2008, l'expertisée a développé un épisode dépressif sévère. Cet épisode s'est constitué dans le cadre d'un alcoolisme de plusieurs mois et des douleurs chroniques. Il y avait alors le facteur de stress supplémentaire d'un apparent échec de l'antalgie par neurostimulation. Il y avait l'anticipation de difficultés économiques. L'assurée a présenté à ce moment là une pathologie psychiatrique aiguë et sévère qui a été suivie d'une rémission après deux à trois mois.

L'expert fait le même raisonnement pour l'épisode dépressif sévère survenu en mars 2008 que pour le trouble de l'adaptation. La causalité naturelle entre les

chutes et les suites de l'intervention du 07.08.2006 est réalisée avec une vraisemblance prépondérante (> 50 %). Même s'il y a des facteurs étrangers aux événements traumatiques en cause, on voit mal comment l'expertisée aurait pu développer cet épisode dépressif sévère sans les chutes du printemps 2006, les suites de l'intervention chirurgicale du 07.08.2006 et tout ce qui en a suivi en termes de pertes.

L'autre question à examiner est celle de l'incapacité de travail psychiatrique de l'assurée.

Pour le soussigné, un trouble de l'adaptation ne saurait valoir pour une incapacité de travail importante et de longue durée. Cette appréciation est d'ailleurs partagée par les médecins qui sont intervenus au dossier. La problématique somatique est constamment mise en avant. On ne trouve nulle part de limitations et des incapacités directement corrélées au trouble de l'adaptation de l'expertisée. Cette appréciation est rapportée telle quelle dans le rapport médical du médecin psychiatre traitant du 10.05.2007.

Un épisode dépressif sévère est par contre de nature à limiter fortement la capacité de travail des personnes en cause. La chose relève de la fatigue, de la perte d'intérêt, des difficultés de concentration, de la perte de confiance en soi et des conséquences diurnes des troubles du sommeil. Pendant la période dépressive, l'expertisée n'était certainement pas à même de mettre en place des projets et de les conduire à terme, aussi petits soient-ils. Elle n'était pas capable d'exercer son métier pour de seuls motifs psychiatriques.

Les médecins psychiatres de l'hôpital de Cery ont retenu à l'époque une incapacité de travail de 100 % du 26.03.2008 au 30.04.2008 et pas plus. Avec les informations à disposition, le soussigné est d'avis que l'épisode dépressif sévère s'est installé dans le courant du mois de mars 2008. La période qui précédait comportait des éléments dépressifs. Ils n'allaient toutefois pas au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, d'après les informations données par l'assurée et ce qu'on trouve au dossier. Le trouble s'est installé rapidement.

Tant l'assurée que sa compagne confirment une rémission rapide et un retour à l'état antérieur, au moins au moment de l'accident vasculaire cérébral du 27.05.2008.

Puisqu'il faut dater et chiffrer, le soussigné retient les incapacités de travail psychiatriques suivantes qu'il relie exclusivement à l'épisode dépressif sévère et qui existaient de façon concomitante à l'état douloureux:

- 100 % entre le 01.03.2008 et le 30.04.2008, confirmant par là le terme validé par les médecins psychiatres de l'hôpital de Cery

- 80 % entre le 01.05.2008 et le 13.05.2008, y compris
- 40 % entre le 14.05.2010 et le 26.05.2008 y compris, soit la veille de l'accident vasculaire cérébral du 27.05.2008.

Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique, avant le 01.03.2008. Il ne retient pas davantage d'incapacité de travail psychiatrique après le 27.05.2008 et ne retient pas, en particulier, d'incapacité de travail psychiatrique en relation avec l'épisode dépressif sévère après le 27.05.2008.

Conclusions

En conclusion, l'assurée est une femme de 61 ans, sans enfant, qui vit avec son amie une relation stable de près de vingt ans.

S'il y a des antécédents personnels difficiles et une certaine instabilité, le soussigné est d'avis qu'ils ne sont pas suffisamment sévères pour permettre de poser un diagnostic de trouble de personnalité. L'assurée présente néanmoins une certaine fragilité qui se manifeste, notamment depuis le milieu des années 2000, par des phases de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression.

On retrouve un trouble de l'adaptation dans le contexte de chutes au printemps 2006 et des suites d'une intervention du 07.08.2006. On retrouve aussi un alcoolisme entre 2006 et 2008 dans le contexte de douleurs rebelles au traitement et d'une cascade d'événements existentiels contraires.

En 2008, l'assurée a par contre présenté un tableau d'épisode dépressif sévère documenté par une hospitalisation en milieu psychiatrique. Celui-ci vaut pour une incapacité de travail psychiatrique que le soussigné a chiffrée et datée plus haut et qui existait de façon concomitante à l'état douloureux.

Le soussigné admet le lien de causalité naturelle entre les chutes du printemps 2006, les suites de l'intervention du 07.08.2006 et cet épisode dépressif sévère avec une vraisemblance prépondérante (> 50 %).

Actuellement, l'assurée est en rémission de son épisode dépressif et le traitement spécialisé touche à son terme. »

Les parties ont pu se déterminer sur l'expertise. Elles n'ont pas modifié leurs conclusions.

En droit :

1. a) Le jugement attaqué a été rendu le 7 septembre 2011, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008, RS 272), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC ; ATF 137 III 127 ; ATF 137 III 130 ; Tappy, in CPC commenté, Bâle 2011, nn. 5 ss ad art. 405 CPC), lequel s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, peu importe qu'ils soient soumis à la juridiction civile ou qu'ils restent de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC ; cf. JT 2011 III 143).

b) Dans les affaires patrimoniales, l'appel est recevable si la valeur litigieuse au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). La cour de céans est compétente *ratione materiae* pour connaître d'un appel formé contre un jugement rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (JT 2011 III 143). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel dans les 30 jours à compter de la notification motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC).

Formé en temps utile par une partie qui y a un intérêt digne de protection et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable à la forme.

2. L'appel est une voie de droit offrant à l'autorité de deuxième instance un plein pouvoir d'examen. Celle-ci examine librement tous les griefs de l'appelant, qu'ils concernent les faits ou le droit. Ainsi, l'instance d'appel revoit les faits avec une cognition pleine et entière ; elle contrôle librement l'appréciation des preuves et les constatations de fait de la décision de première instance (Hohl, Procédure civile, tome II, 2^e éd., Berne 2010, n. 2399, p. 435). L'autorité d'appel applique le droit d'office : elle n'est pas liée par les motifs invoqués par les parties ou par le tribunal de première instance. Son pouvoir d'examen est plein et entier (Hohl, op. cit., n. 2396, p. 435 ; Spühler, in Schweizerische Zivilprozessordnung, Bâle 2010, n. 1 ad art. 311 CPC, qui parle de « vollkommenes Rechtsmittel »).

3. a) Dans un premier moyen, l'appelante reproche à la Cour des assurances sociales de ne pas avoir déterminé si les indemnités journalières qui lui avaient été servies jusqu'à la survenance de l'épisode dépressif avaient été payées en raison d'un accident ou d'une maladie. Elle lui fait également grief d'avoir nié que l'épisode dépressif, en mars 2008, constituât une « autre maladie » au sens du chiffre 12.2 CGA ; à ce sujet, elle reproche aux premiers juges d'avoir interprété la notion d' « autre maladie » contenue dans cette disposition comme une maladie nouvelle sans rapport de causalité naturelle avec la précédente.

b) Contrairement à ce que soutient l'appelante, il importe peu que les premiers juges n'aient pas déterminé si les événements intervenus au printemps 2006, à savoir les deux chutes du 24 avril, puis du 24 mai 2006, devaient être qualifiés d'accidents ou de maladies. En effet, à la lecture du contrat d'assurance liant les parties, on constate que l'appelante était couverte tant pour les accidents que les maladies, et ce aux mêmes conditions. En effet, la couverture a été fixée à 100 %, dès le 31^e jour, pour maladie et/ou accidents.

Il n'est pas non plus nécessaire de trancher la question de savoir si c'est à juste titre que les premiers juges ont fait une lecture extensive des CGA, en exigeant qu'il n'y ait aucun rapport de causalité entre une maladie et une « autre maladie » pour permettre la poursuite de la couverture, ni a fortiori de déterminer si, en l'espèce, l'épisode dépressif intervenu le 26 mars 2008 constitue une « autre maladie » au sens des CGA. En effet, du 25 mai 2006 au 24 mai 2008, l'intimée a servi à l'appelante les prestations prévues par le contrat d'assurance en relation avec les événements du printemps 2006, pour la période maximale prévue, soit 730 jours. Or, s'agissant de la dépression, les médecins psychiatres de l'hôpital de Cery ont retenu une incapacité de travail de 100 % du 26 mars 2008 au 30 avril 2008. Dans son rapport d'expertise du 17 août 2010, le Dr F [...] a retenu que l'appelante avait présenté des incapacités de travail psychiatriques de 100 % entre le 1^{er} mars 2008 et le 30 avril 2008, de 80 % entre le 1^{er} mai 2008 et le 13 mai 2008, puis de 40 % entre le 14 mai 2008 et le 26 mai 2008. Ce spécialiste a encore précisé qu'il n'y avait plus d'incapacité psychiatrique dès le 27 mai 2008. Ainsi, dès lors que l'appelante a bénéficié de prestations journalières entières pour une première « maladie » jusqu'au 24 mai 2008, que l'incapacité de travail psychiatrique a valu jusqu'au 26 mai 2008 inclus, on doit admettre que l'intimée n'avait plus à verser d'indemnité journalière en raison de cet épisode dépressif, au regard du délai d'attente de 30 jours prévu par le

contrat et compte tenu du fait que les CGA ne prévoient pas de double indemnisation durant la même période.

Mal fondé, le moyen doit être rejeté.

4. **a)** Dans un second moyen, l'appelante soutient avoir droit à une nouvelle couverture de 730 indemnités journalières à compter de la survenance de son AVC, intervenu le 27 mai 2008. Elle conteste que la première maladie ait entraîné une invalidité donnant droit à une rente entière de l'assurance invalidité. Elle explique que, juste avant la survenance de son AVC, elle n'avait plus d'incapacité en lien avec ses troubles psychiques et que son invalidité liée à sa première maladie ne lui donnait droit qu'à trois-quarts de rente.

b) aa) Selon le contrat conclu entre les parties, l'appelante est assurée, pour les accidents et/ou maladies, avec une couverture à 100 % pour un montant de 72'000 fr. (assurance de sommes), après un délai d'attente de 30 jours, pour une durée maximale de 730 jours par cas de maladie et/ou accident, le délai d'attente étant imputé sur la durée totale des prestations.

 Les CGA, annexées au contrat, prévoient pour leur part que les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail de 25 % au moins, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée (chiffre 8.1.), que, pour les personnes assurées sur la base d'un salaire convenu, celui-ci est seul déterminant (chiffre 11.5), que la police fixe le salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations (chiffre 11.6), que l'assureur verse, sous réserve de certaines éventualités, l'allocation journalière assurée pendant une période maximale de 730 jours par maladie, le délai d'attente convenu étant imputé sur la durée maximale des prestations et, pour le calcul de la durée des prestations, les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 % comptant comme jours entiers (chiffre 12.1), et qu'une fois écoulée la période prévue au chiffre 12.1, cette maladie ne donne plus droit à des prestations et est exclue de la couverture d'assurance, la couverture restant toutefois accordée selon les mêmes modalités pour toute autre maladie, en cours ou non à ce moment, sous réserve que la première maladie ne donne pas déjà droit à une rente complète de l'assurance invalidité fédérale (chiffre 12.2).

bb) Auparavant, l'interprétation du contrat d'assurance relevait de la compétence de la II^e Cour civile du Tribunal fédéral, qui recourait volontiers à l'adage « in dubio contra stipulatorem ». Dès que ce contrat a été transféré dans la compétence de la I^{re} Cour de droit civil du Tribunal fédéral, celle-ci s'est empressée de rappeler que les clauses d'un contrat d'assurance, de même que les conditions générales qui ont été expressément incorporées, doivent être interprétées selon les mêmes principes juridiques que les autres dispositions contractuelles (ATF 135 III 410 c. 3.2 publié in SJ 2009 I, p. 429 ; pour les conditions générales : ATF 135 III 1 c. 2 ; ATF 133 III 675 c. 3.3). S'il n'est pas exclu que l'on retrouve épisodiquement une référence à l'adage « in dubio contra stipulatorem », il est manifeste que celui-ci a perdu de l'importance. Il faut dire que l'idée de punir celui qui a rédigé le contrat ou de trancher systématiquement en faveur de l'assuré ne trouve aucun point d'appui dans le texte légal. Le but de l'interprétation consiste bien plutôt à dégager la volonté exprimée, en considérant la manifestation de volonté telle qu'elle devait être comprise de bonne foi par son destinataire (Corboz, Le contrat d'assurance dans la jurisprudence récente, in SJ 2011 II, pp. 247 ss et les réf. citées).

En présence d'un litige sur l'interprétation d'une clause 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 inexactes 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 suisse 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. Si 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 celle-ci ne correspond pas à la volonté intime de

l'assureur. Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA (Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1) 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 du contrat et des conditions générales incorporées à celui-ci. 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 (Corboz, op. cit., pp. 247 ss ; ATF 133 III 675 c. 3.3 ; dans une forme résumée : ATF 135 III 410 c. 3.2, publié in SJ 2009 I, p. 429).

c) Les premiers juges ont relevé que, dans le cas particulier, l'élément décisif était l'octroi à l'appelante d'une rente AI entière, à cause d'une atteinte à la santé correspondant à la notion de première maladie, qu'il importait peu que l'invalidité, persistant après l'épisode dépressif, fut également due à l'AVC, considéré comme une nouvelle maladie, que cela n'était pas déterminant dans l'appréciation globale des organes de l'assurance invalidité et que la réserve du chiffre 12.2 in fine CGA était donc applicable, ce qui excluait le maintien de la couverture d'assurance complémentaire après la fin des prestations dues en relation avec la première maladie.

d) En l'occurrence, il y a lieu de déterminer si la première maladie de l'appelante lui a déjà donné droit à une rente complète de l'assurance invalidité fédérale, auquel cas l'intimée pourrait, en application du chiffre 12.2 CGA, refuser valablement toute prestation en lien avec l'AVC survenu le 27 mai 2008.

L'appelante a tout d'abord été victime de deux chutes, le 24 avril, puis le 24 mai 2006. Le 26 mars 2008, elle a ensuite souffert d'une dépression qui a entraîné son hospitalisation durant près d'un mois, jusqu'au 22 avril 2008. Enfin, le 27 mai 2008, elle a subi un AVC, qui a nécessité son hospitalisation au CHUV et entraîné une incapacité de travail.

Par décision du 16 octobre 2009, l'Office AI pour le canton de Vaud a accordé à l'appelante, dès le 1^{er} septembre 2007, trois-quarts de rente d'invalidité, puis, dès le 1^{er} juin 2008, une rente entière. Le dossier AI contient notamment un rapport médical du 22 août 2008 du Dr T [...], spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, médecin traitant de l'appelante, qui pose les diagnostics de lombosciatalgies à prédominance droite depuis août 2006, d'hémisyndrome sensitivo-moteur brachio-crural, troubles mnésiques et sphinctériens depuis juin 2008, ainsi que d'épisode dépressif sévère en mars 2008, pour lesquels il retient une incapacité de travail de 100 % du 20 septembre au 31 décembre 2006, de 70 % du 1^{er} janvier 2007 au 25 mars 2008, et de 100 % dès le 26 mars 2008, étant précisé que l'incapacité était toujours totale lors de son examen clinique du 15 août 2008. Le dossier AI comprend également un avis médical du 14 octobre 2008 du Dr L [...], du SMR, qui retient une atteinte principale sous la forme de lombosciatalgies chroniques droites d'origine peu claire, à laquelle sont associés un hémisyndrome sensitivo-moteur gauche et des troubles mnésiques en juin 2008, ainsi qu'un épisode dépressif sévère en mars 2008. L'évolution de l'incapacité de travail est celle décrite par le Dr T [...] dans son rapport du 22 août 2008.

Dans son rapport du 17 août 2010, le Dr F [...] a retenu que l'appelante avait présenté des incapacités de travail psychiatriques de 100 % entre le 1^{er} mars 2008 et le 30 avril 2008, de 80 % entre le 1^{er} mai 2008 et le 13 mai 2008, puis de 40 % entre le 14 mai 2008 et le 26 mai 2008. Ce spécialiste a encore précisé qu'il n'y avait plus d'incapacité psychiatrique après le 27 mai 2008.

Il résulte de ces éléments que l'appelante a certes bénéficié d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2008, soit après trois mois d'aggravation depuis le 26 mars 2008 et non après trois mois depuis la survenance de l'AVC. Reste que, d'une part, l'Office AI a examiné la situation de l'appelante de manière globale sans déterminer la part respective de chaque atteinte à la santé dans le calcul du taux d'invalidité. D'autre part, il est manifeste, à la lecture des rapports figurant au dossier AI et de l'expertise du Dr F [...], que l'appelante n'aurait pas perçu une rente entière en relation avec les seuls accidents intervenus en 2006 et l'épisode dépressif survenu en 2008 et pour lequel l'intéressée a recouvré une pleine capacité dès le 27 mai 2008.

En réalité, on doit admettre, à la lecture de la décision de l'Office AI et des rapports médicaux précités, que l'appelante n'aurait perçu que trois-quarts de rente sans la survenance de l'AVC, qui constitue une autre maladie au sens du chiffre 12.2 CGA. En effet, le 27 mai 2008, l'assurée présentait une incapacité de travail en lien avec ses douleurs chroniques de 70 %. En revanche, elle ne présentait plus aucune incapacité en relation avec ses troubles psychiques. Ainsi, au moment de la survenance de l'AVC, elle conservait une capacité de travail de 30 %. Il s'ensuit qu'il n'y aurait pas eu aggravation ouvrant le droit à une rente entière (art. 88a al. 2 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) si l'appelante n'avait pas eu son AVC le 27 mai 2008 ; sans cet AVC, l'appelante aurait ainsi continué d'avoir droit à trois-quarts de rente. Or, le texte du chiffre 12.2 in fine des CGA est clair, dans la mesure où il permet l'exclusion de nouvelles indemnisations uniquement si la ou les premières maladies donnent déjà droit à une rente complète de l'AI. Tel n'est pas le cas en l'occurrence, dès lors que l'appelante n'aurait pas eu droit, sans la survenance de l'AVC, à une rente complète, celle-ci étant intervenue uniquement en raison de cette dernière maladie.

Il en découle que l'appelante a droit, suite à l'AVC subi le 27 mai 2008 et en application des chiffres 12.1 et 12.2 CGA, à l'octroi d'indemnités. Selon le contrat d'assurance perte de gain conclu par les parties, elle a droit au paiement de 730 indemnités journalières, représentant le montant de 144'000 fr., étant précisé que le montant assuré est au maximum de 72'000 fr. par an.

Bien fondé, ce moyen doit être admis.

5. En conclusion, l'appel doit être admis et le jugement réformé en ce sens que l'intimée est la débitrice de l'appelante et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de 144'000 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 28 mai 2009, et qu'elle lui doit des dépens de première instance, arrêtés à 2'500 francs.

L'arrêt est rendu sans frais judiciaires de deuxième instance (art. 114 let. e CPC).

Vu le sort de l'appel, l'appelante a droit à des dépens de deuxième instance, arrêtés à 2'000 fr. (art. 7 TDC [Tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010, RS 270.11.6]), à charge de l'intimée.

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
p r o n o n c e :

- I. L'appel est admis
- II. Il est statué à nouveau comme il suit :
 - I. B._____ SA est la débitrice d'A._____ et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de 144'000 fr. (cent quarante-quatre mille francs) avec intérêt à 5 % l'an dès le 28 mai 2009.
 - II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
 - III. La défenderesse doit verser à la demanderesse la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance.
- IV. L'intimée B._____ SA doit verser à l'appelante A._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens de deuxième instance.
- V. L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du 2 février 2012

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Joël Crettaz (pour A. _____)
- B. _____ SA

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est de 144'000 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral – RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).