



TRIBUNAL CANTONAL

AMC 26/07 - 15/2012

ZN07.022126

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 14 juin 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Berthoud et Monod, assesseurs
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

T._____, à Lutry, et **Q.**_____**Sàrl**, à Villette (commune de Bourg-en-Lavaux),
demandeurs, représentés par Me Julie Laverrière, avocate à Lausanne,

et

M._____, à Lausanne (actuellement: Z._____ SA, à Lausanne),
défenderesse, représentée par Me Pierre del Boca, avocat à Lausanne,

Art. 33, 61 et 87 LCA

En fait :

A. La société M._____ (ci-après: M._____), d'une part, et la société Q._____ Sàrl (ancienne raison sociale jusqu'en juin 2007: [...] Sàrl – ci-après: Q._____ Sàrl), en tant que preneur d'assurance, d'autre part, ont conclu un contrat d'assurance maladie perte de gain (police n° 813'610). Selon un avenant n° 3, avec effet à partir du 1^{er} avril 2005 jusqu'au 1^{er} janvier 2008, la personne assurée est T._____, lequel est l'associé gérant de la société.

La police se réfère aux conditions générales d'assurance de M._____, pour l'assurance maladie perte de salaire et/ou assurance accidents complémentaire LAA (ci-après: les CGA). Les prestations assurées sont décrites ainsi dans la police:

- Couverture pour les maladies et infirmités préexistantes (art. 30 let. b des CGA): assurance intégrale [...].
- Toute personne dont le revenu annuel est supérieur à 120'000 fr. doit être annoncée et assurée séparément par un salaire conventionnel [salaire conventionnel pour T._____: 195'000 fr.].
- Indemnité journalière: 100% du salaire, 30 jours de délai d'attente, 720 jours dans une période de 900 jours.

S'agissant de l'assurance des maladies – cette dernière notion visant "tout trouble involontaire de la santé, médicalement décelable, et qui n'est pas la conséquence d'un accident" (art. 20 let. a des CGA) –, les conditions générales prévoient que "la Compagnie paie l'indemnité journalière convenue pendant la durée de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police" (art. 27 let. a des CGA); l'indemnité est payée "au maximum pendant 720 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs comptés en reculant à partir du jour de maladie considéré". En cas de sinistre, l'art. 11 des CGA (titre: "Obligations") prescrit ce qui suit: "Lorsqu'une maladie [...] donnera probablement droit à des prestations d'assurance, il faut faire appel aussi rapidement que possible à un médecin patenté et veiller à ce que les soins adéquats soient prodigués. L'assuré doit se conformer aux prescriptions du médecin traitant et du personnel infirmier. Il a l'obligation de se soumettre à un examen par des médecins mandatés par la Compagnie".

B. T._____ a consulté le médecin Dr A._____, à Lausanne, pour un traitement psychiatrique. Sur son papier à lettres, le Dr A._____ indique qu'il pratique la psychiatrie et la psychothérapie. Il est, dans ce domaine, le médecin traitant de T._____ depuis le mois de février 2005, période à partir de laquelle il a fourni et facturé des prestations médicales (diagnostic et thérapie psychiatriques) prises en charge par l'assurance-maladie LAMal du patient (X._____). Le Dr A._____ n'est pas dans la liste des médecins membres de la FMH (selon le site www.doctorfmh.ch). Il ne figure pas non plus dans le registre des professions médicales tenu par l'Office fédéral de la santé publique (selon le site www.medregom.admin.ch).

Le Dr A._____ a décrit ainsi son traitement, dans une lettre du 25 février 2011 adressée à l'expert psychiatre (cf. infra, let. I):

"J'ai suivi M. T._____ du 18.02.2005 au 06.01.2009 pour un état anxio-dépressif secondaire à une situation professionnelle détériorée [...] ainsi qu'à une séparation d'avec la mère de son fils [...]. J'ai vu M. T._____ à raison d'une fois par semaine en 2006 et 2007 ainsi que plusieurs contrôles en 2008. Le traitement a consisté en une psychothérapie de soutien et de type analytique (22 séances en 2005, 28 séances en 2006, 14 séances en 2007, 3 séances en 2008 et 1 séance en 2009), un traitement antidépresseur (Efexor puis Cipralex) qui s'est montré inefficace et mal supporté, des séances de relaxation, une hospitalisation à S._____ (janvier-février 2006), une tentative d'hypnose thérapeutique en 2006 (Dr R._____). L'état de M. T._____ s'est amélioré progressivement suite aux traitements reçus et à l'amélioration des relations avec la mère de son fils concernant le droit de visite [...]."

Le Dr A._____ a prescrit un arrêt de travail à 100% du 16 décembre 2005 au 9 janvier 2006.

Le 12 janvier 2006, le Dr A._____ a établi à l'intention de M._____ un certificat médical, sur une formule établie par l'assurance (certificat médical initial), où il atteste, pour T._____, une incapacité de travail à 100% à partir du 16 décembre 2005, pour une durée indéterminée. Il mentionne les diagnostics de burn-out et d'état anxio-dépressif.

Ce certificat a été communiqué à M._____ avec le formulaire "Déclaration pour l'assurance-maladie", rempli par le preneur d'assurance et annonçant l'incapacité de travail précitée. Ces documents ont été reçus par M._____ le 18 janvier 2006.

C. Puis le Dr A._____ a fait hospitaliser T._____ à la Clinique S._____, où il a séjourné du 23 janvier au 14 février 2006. Dans la lettre de sortie du 16 février 2006, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur, épisode actuel moyen (selon la classification CIM-10: F32.1). Le traitement à la sortie consistait en la prise de Stilnox (2 capsules par jour en réserve au coucher). Dans la conclusion de son rapport, destiné au Dr A._____, le Dr F._____ a écrit ceci:

"Le patient s'est montré extrêmement résistant en début d'hospitalisation, intellectualisant et

rationalisant sa souffrance. Le seul médicament psychotrope qu'il a accepté a été pendant une brève période du Stilnox à but somnifère. Par contre, le patient a participé aux thérapies de groupe et à la prise en charge ergothérapeutique et physiothérapeutique pour les troubles dépressifs. Nous avons également eu des séances d'hypnothérapie individuelles, qui ont permis, la deuxième semaine, une bonne régression et des remises en question. Nous avons élaboré la possibilité pour M. T. _____ de continuer une approche psychothérapeutique avec vous-même, son médecin traitant. Dans le long terme, un traitement antidépresseur serait à introduire par vos soins, mais la compliance est à travailler préalablement".

D. Le médecin-conseil de M. _____ (Dr W. _____) a adressé T. _____, pour avis médical, au Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne, à Yverdon-les-Bains. Le Dr D. _____ a vu l'intéressé le 21 février 2006. Dans son rapport daté du même jour, il a posé le diagnostic de "maladie anxieuse et dépressive de degré sévère secondaire à de graves difficultés personnelles et professionnelles". La conclusion du rapport est la suivante:

"Mr T. _____ apparaît comme un homme volontaire et ambitieux qui sera confronté, à partir du début des années 2000, à de graves difficultés professionnelles associant la perte d'importants mandats et commandes à la défection d'un partenaire, aboutissant ce jour à une situation de graves difficultés financières.

A ce tableau viendra s'ajouter la perte conflictuelle d'une relation sentimentale et une séparation imposée d'avec un fils unique qui apparaît dans sa situation actuelle comme sa seule raison d'existence.

Il présentera dans ce cadre une décompensation anxieuse et dépressive qui apparaît de degré sévère chez un patient qui longtemps refusera l'évidence et qui encore ce jour, possiblement conforté par l'approche thérapeutique peu médicamenteuse d'un confrère consulté, refuse une prise en charge médicale optimale.

Dans ce contexte, il apparaît indiqué de poursuivre un AT [arrêt de travail] complet durant les 3 mois à venir. A partir du début du mois de juin 2006, une reprise professionnelle devra être envisagée probablement dans le cadre du chômage.

Durant cette période, il sera impératif qu'une médication d'antidépresseurs soit instaurée en parallèle à la poursuite du soutien psychothérapeutique. Afin de favoriser une adhérence, les nombreux avantages et les rares effets secondaires d'un tel traitement lui ont été expliqués tout comme les dangers, en terme de prise en charge par l'assurance, que pouvait générer la poursuite d'une prise en charge psychologique et médicale non optimale.

Cet avis sera ce jour admis comme juste et adéquat par le patient et par ses médecins-traitants les Drs [...] et F. _____ de S. _____ contactés par téléphone le 21.02.2006.

Le Dr A. _____, contacté par téléphone le 22.02.2006, admettra la nécessité d'instaurer "maintenant un traitement médicamenteux de millepertuis dans un premier temps et de SSR1 [médicament antidépresseur] dans un deuxième temps si vraiment cela ne va pas" ainsi que le cadre et l'AT proposé".

Le 29 août 2006, le Dr A. _____ a signé une attestation selon laquelle T. _____ était en arrêt de travail à 100% pendant les mois de juin et juillet 2006, à 80% pendant le mois d'août 2006 et à 50% pendant le mois de septembre 2006.

Egalement le 29 août 2006, le Dr D. _____ a écrit au médecin-conseil de M. _____ dans les termes suivants:

"Après examen du dossier médical du patient susmentionné et conversations téléphoniques avec son médecin le Dr A. _____ les 28 et 29.08.2006 apparaissent les éléments suivants:

1. L'évolution psychologique de Mr. T. _____, qui sera revu la dernière fois par son médecin le 29.08.2006, apparaît favorable chez ce patient qui sera décrit comme "allant nettement mieux, l'énergie revient, il envisage de remonter quelque chose au Moyen Orient mais pour l'instant il n'a pas de travail, il prend juste du Stilnox en réserve mais pas d'antidépresseur".
2. Cette situation permettra une reprise professionnelle progressive à 20% durant le mois d'août et à 50% durant le mois de septembre.
3. Une augmentation progressive du taux d'activité professionnelle devra pouvoir être possible à 75% en octobre avant une reprise professionnelle pleine et entière à partir du mois de novembre 2006.
4. Dans ce cadre, le Dr A. _____ ne pense pas qu'un contrôle médical complémentaire soit utile pour l'heure".

E. M. _____ a versé à Q. _____ Sàrl les indemnités journalières suivantes, en raison de la maladie de T. _____:

- 9'208 fr. 05, soit 17 jours à 541 fr. 65 (indemnité journalière entière, incapacité de travail à 100%), pour la période du 15 au 31 janvier 2006
- 31'957 fr. 35, soit 59 jours à 541 fr. 65, pour la période du 1^{er} février au 31 mars 2006
- 16'249 fr. 50, soit 30 jours à 541 fr. 65, pour la période du 1^{er} au 30 avril 2006
- 16'791 fr. 15, soit 31 jours à 541 fr. 65, pour la période du 1^{er} au 31 mai 2006

F. Le 29 septembre 2006, M. _____ a écrit à Q. _____ Sàrl (à l'attention de T. _____) en se référant à la lettre précitée du Dr D. _____, et en expliquant qu'il ne serait pas possible de procéder au versement de prestations pour le mois d'octobre 2006, les incapacités de travail inférieures à 50% ne donnant pas droit selon les CGA à l'indemnité journalière, ni ultérieurement, compte tenu de la reprise totale de l'activité professionnelle au 1^{er} novembre 2006.

A propos de la période du 1^{er} juin au 30 septembre 2006, M. _____ a exposé dans cette lettre que le décompte final en faveur de l'assuré se présentait de la manière suivante:

- 33'040 fr. 65, soit 61 jours à 541 fr. 65, pour la période du 1^{er} juin au 31 juillet 2006
- 13'432 fr. 30, soit 31 jours à 433 fr. 30 (incapacité partielle de travail, 80%), pour la période du 1^{er} au 31 août 2006
- 8'125 fr. 50, soit 30 jours à 270 fr. 85 (incapacité partielle de travail, 50%), pour la période du 1^{er}

au 30 septembre 2006.

A cette lettre était annexée une convention d'indemnisation, mentionnant le total des indemnités ci-dessus (54'598 fr. 45). Q._____ Sàrl était invitée à retourner cette convention "dûment régularisée" à l'assurance. M._____ ajoutait ceci: "Nous vous prions de bien vouloir prendre note que, suite au sinistre n° [...] qui nous occupe, notre compagnie entend se départir par résiliation de la police perte de gain "maladie" n° 813'610".

Le texte de la convention d'indemnisation soumise à Q._____ Sàrl contient les clauses suivantes, après la mention de la proposition de versement par M._____ de la somme de 54'598 fr. 45:

"Par ce paiement, la soussignée se déclare entièrement indemnisée des suites du sinistre précité et n'avoir plus aucune prétention à formuler contre M._____. Elle lui donne pleine et entière décharge de toutes obligations. Q._____ Sàrl accepte, pour le surplus et en dérogation à l'article 15 lettre b des conditions générales applicables à la police 813'610, la résiliation anticipée de ladite police avec effet à la date de signature de la présente convention et déclare renoncer, en conséquence, à tous les droits qu'elle pourrait faire valoir sur la police d'assurance précitée à compter de la même date.

Cette convention de règlement doit nous être retournée, dûment complétée et signée, dans les 30 jours à compter de sa réception. Passé ce délai ou en cas d'ouverture d'une procédure judiciaire contre notre compagnie ou notre preneur d'assurance, cette offre devrait, de plein droit, être considérée comme nulle et non avenue".

L'art. 15 let. b des CGA, auquel il est fait référence ci-dessus, dispose qu'après chaque sinistre pour lequel une indemnité est due, la Compagnie a un droit de résiliation du contrat, qu'elle doit faire valoir au plus tard lors du paiement de l'indemnité.

T._____, qui était invité à signer cette convention en tant qu'associé-gérant de Q._____ Sàrl (avec signature individuelle), a déclaré, par lettre de son agent d'affaires du 16 octobre 2006, qu'il n'acceptait pas la proposition d'indemnisation, et qu'il n'envisageait pas d'accepter une résiliation de la police d'assurance. Il a produit un certificat du Dr A._____ du 2 octobre 2006, attestant une incapacité de travail de 50% pour la période du 1^{er} au 31 octobre 2006 (soit au-delà du 30 septembre 2006). T._____ a néanmoins demandé le versement immédiat de la somme de 54'598 fr. 45, correspondant aux indemnités journalières réclamées pour les mois de juin à septembre 2006.

M._____ n'a pas payé les indemnités journalières pour la période au-delà du 31 mai 2006. Elle a fait part de sa position à ce propos dans une lettre du 8 novembre 2006; elle a pris acte du refus de l'offre transactionnelle en précisant que "Notre proposition initiale ne peut plus être considérée comme valide et [...] nous sommes en droit de reprendre notre entière liberté d'action dans la suite que nous entendons donner à vos prétentions au titre des indemnités journalières dues après le 31 mai 2006". M._____ a ajouté que l'"expertise" du Dr D._____ avait pleine valeur probante, à propos de l'existence d'une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} juin 2006, et qu'il n'y avait pas de raisons valables de s'en écarter au

profit de l'appréciation plus favorable, pour l'assuré, du médecin traitant Dr A._____. Elle a encore invoqué le "refus caractérisé de M. T._____ de se soumettre à un traitement optimal et adéquat des troubles psychiatriques qui ont été diagnostiqués", pour considérer que "l'équité, tout comme l'application stricte de l'article 61 LCA, commandent qu'une capacité de travail pleine et entière soit reconnue à [l'assuré] avec effet au 31 mai 2006".

Dans une nouvelle lettre du 20 décembre 2006 adressée à l'agent d'affaires de Q._____ Sàrl, M._____ a notamment exposé ce qui suit:

"Il vous a sans doute échappé, en effet, que l'article 15 lettre b des conditions générales d'assurance applicables au contrat souscrit par Q._____ Sàrl auprès de notre Compagnie nous autorise à procéder à la résiliation sur sinistre dudit contrat, à la seule condition que cette mesure soit entreprise "au plus tard au moment du paiement de l'indemnité".

Afin de nous permettre de sauvegarder nos droits, nous faisons donc virer sur le CCP No 10-136177-9 de l'Etude, sans reconnaissance de la moindre obligation, un montant forfaitaire de CHF 500 valant indemnité supplémentaire et vous prions, en conséquence, de bien vouloir prendre note que notre Compagnie entend procéder à la résiliation sur sinistre, avec effet au 31 décembre 2006, de la police perte de gain maladie numéro 813'610".

Le 22 décembre 2006, l'agent d'affaires de Q._____ Sàrl a répondu qu'il refusait un tel règlement de cette affaire, et qu'il restituait donc immédiatement à M._____ le montant de 500 fr.

Par ailleurs, Q._____ Sàrl a fait notifier à M._____, le 1^{er} décembre 2006, un commandement de payer n° 1185024 de l'Office des Poursuites de Lausanne-Est, pour un montant total de 63'523 fr. 65 (cause de l'obligation: indemnisation due au 29 septembre 2006 + indemnité due pour le mois d'octobre 2006 + frais d'intervention). M._____ a formé opposition totale le 1^{er} décembre 2006.

M._____ a ensuite demandé à Q._____ Sàrl de payer la prime due pour le semestre suivant, échue le 1^{er} janvier 2007.

G. Dans une lettre du 13 janvier 2007 adressée à l'agent d'affaires de Q._____ Sàrl, le Dr A._____ a indiqué que l'état de santé de T._____ semblait évoluer favorablement, mais que sa capacité de travail était actuellement, pour des raisons médicales, de 50% pour une période encore difficile à déterminer.

H. Par une demande déposée devant le Tribunal des assurances le 25 juillet 2007, T._____, d'une part, et Q._____ Sàrl, d'autre part, agissant conjointement (ci-après: les demandeurs), prennent les conclusions suivantes à l'encontre de M._____ (ci-après: la défenderesse):

"I. La défenderesse M._____, compagnie d'assurances, est la débitrice des demandeurs T._____ et Q._____ Sàrl et leur doit immédiat paiement de la somme de CHF 128'540.05 (cent vingt-huit mille cinq cent quarante francs et cinq centimes) avec intérêts à 5% l'an dès le 15

décembre 2006.

II. La défenderesse M._____, compagnie d'assurances, est la débitrice des demandeurs T._____ et Q._____ Sàrl des indemnités journalières dues à compter du mois de juillet 2007 au titre de la police d'assurance perte de gain maladie n° 813610 tant et aussi longtemps que perdurera chez T._____ une incapacité de travailler d'au moins 50%.

III. L'opposition formée par la défenderesse M._____, compagnie d'assurances, au commandement de payer, poursuite n° 1185024 de l'office des poursuites de Lausanne Est qui lui a été notifié à l'initiative de la demanderesse Q._____ Sàrl, est levée".

Dans sa réponse du 7 novembre 2007, la défenderesse conclut au rejet des conclusions de la demande. Reconventionnellement, elle demande au Tribunal de "constater et dire que dès et y compris le 1^{er} janvier 2007, M._____ n'est plus liée par le contrat n° 813'610 conclu avec Q._____ Sàrl".

Les demandeurs ont répliqué le 21 avril 2008. Dans les conclusions de leur réplique, ils confirment les conclusions prises dans leur demande.

La défenderesse a dupliqué le 16 juillet 2008.

Une audience d'instruction a eu lieu le 17 novembre 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, lors de laquelle une conciliation a été tentée, sans aboutir.

I. La Cour des assurances sociales a chargé la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à Genève, d'effectuer une expertise psychiatrique de la personne de T._____. L'experte a examiné l'intéressé lors de quatre entretiens et elle a pu consulter diverses pièces médicales. Son rapport, du 4 juin 2011, comporte les passages suivants:

"Diagnostic des troubles psychiques de l'expertisé relevés entre 2003 et novembre 2010

- burn out anamnestique en 2003-2004, mais qui pourrait avoir été une première décompensation dépressive, vu l'impact émotionnel sur l'expertisé à cette époque, des chocs professionnels d'une part, mais aussi d'une perturbation sentimentale, de difficultés familiales avec la famille d'origine, notamment le frère, et des difficultés concernant la garde de son fils.

- De même, le diagnostic de burn out à fin 2005 ne peut être retenu, vu l'ampleur des problèmes affectifs liés à son entourage familial qui perturbaient l'expertisé en sus des difficultés professionnelles.

- épisode dépressif majeur diagnostiqué en janvier 2006, épisode actuel moyen, CIM10 : F32., selon la Clinique de S._____.

Se déclenche certainement à l'été 2004, s'accroît durant 2005, est maximal au début 2006 et s'améliore durant 2007.

Rechute en octobre 2008 qui se prolonge jusqu'à mi-2009 environ.

Le diagnostic actuel en fonction de toute l'anamnèse relevée, peut retenir:

le trouble dépressif majeur, récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques, CIM10 : F33.2

- troubles anxieux décrits en augmentation depuis les années 1995 en association avec les troubles dépressifs, comprenant des symptômes phobiques surtout agoraphobie, claustrophobie et une tendance ancienne à l'évitement des situations sociales, la survenue épisodique de trouble panique, et d'une anxiété flottante avec sentiment de malheur imminent.

En fonction de cette anamnèse, on peut retenir les diagnostics de:

Trouble panique avec agoraphobie, CIM10 : F40.01,

Anxiété généralisée, CIM10 : F41.1

Traits symptomatiques relevant d'une phobie sociale, CIM10 : F40.1

- Détresse profonde liée à l'attitude hostile de l'entourage: sentiments de dévalorisation, d'abandon, difficulté à saisir les motivations d'autrui, perception étendue d'une jalousie chez autrui, déstabilisation psychique liée à des échecs.

On peut retenir le diagnostic de:

Traits de personnalité narcissiques, CIM10 : F60.8

[...]

6. Ces troubles ont-ils valeur de maladie au plan médical?

Oui, les troubles présentés par l'expertisé ont valeur de maladie au plan médical.

Ils ont consisté en une décompensation psychique importante et globale avec atteinte somatique, maximale au début 2006 et s'améliorant durant 2007.

Le déclenchement paraît pouvoir être noté dès l'été 2004 et s'accroître durant 2005, on note une rechute en octobre 2008 qui se prolonge jusqu'à mi-2009 environ.

Il s'agit d'un Trouble dépressif majeur, récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques, CIM10 : F33.2,

d'un Trouble panique avec agoraphobie, CIM10 : F40.01,

d'une Anxiété généralisée, CIM10 : F41.1

de Traits symptomatiques relevant d'une phobie sociale, CIM10 : F40.1,

et de Traits de personnalité narcissiques, CIM10 : F60.8.

Depuis mi-2009 environ, malgré la persistance de difficultés de vie, et encore actuellement, on ne relève pas de symptômes nets de décompensation dépressive ou anxieuse, mais la thématique psychique de l'expertisé toujours vulnérable dans ses mécanismes de défense habituels rendrait néanmoins la poursuite d'une thérapie souhaitable.

7. Sont-ils seuls de nature à empêcher toute activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail dans quelque activité lucrative que ce soit?

Pendant les périodes de décompensation psychique mentionnées ci-dessus sous 6, l'expertisé a dû cesser toute activité professionnelle, et pour des motifs médicaux uniquement, alors même qu'elle était un moteur manifeste de son énergie habituelle, et que cette cessation d'activité était en soi pour lui un facteur déstabilisant.

Cependant l'intensité des troubles psychiques ne permettait pas à l'évidence la poursuite de son activité professionnelle durant les périodes où un certificat d'arrêt, total ou partiel, a dû être établi, c'est-à-dire entre le 16 décembre 2005 et le 31 juillet 2007.

Actuellement, l'expertisé ne présente pas de trouble l'empêchant de poursuivre son activité

professionnelle.

En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Il n'y a pas d'empêchement à l'activité professionnelle actuellement.

En ce qui concerne les interruptions de travail durant les périodes mentionnées ci-dessus sous 6, elles paraissent totalement justifiées par la gravité des symptômes présentés alors par l'expertisé, et par les traitements suivis.

Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à l'intéressé d'exercer une activité lucrative?

Malgré l'absence de décompensation psychique actuelle, la thématique psychique de l'expertisé toujours vulnérable dans ses mécanismes de défense habituels rendrait néanmoins la poursuite d'une thérapie psychothérapeutique souhaitable.

Plutôt que la mise à distance habituelle des stress par l'expertisé, par l'épuisement au travail notamment, ou l'inévitable recours à une médication au moment d'une décompensation parce que les émotions ne sont plus contrôlables autrement, l'expertisé, en poursuivant un traitement psychothérapeutique soutenu, pourrait mettre en oeuvre ses capacités d'imagination créatrice pour résoudre les principaux problèmes relationnels qui freinent encore ses réalisations".

Lorsque l'experte mentionne (sous ch. 7) les périodes pour lesquelles un certificat d'arrêt de travail a dû être établi, elle se réfère à des certificats du Dr A. _____ (cf. ch. 2 in fine du rapport d'expertise: "Le 16 octobre, nouvel [arrêt de travail] du Dr A. _____ à 50% pour octobre 2006. Le 50% sera prolongé par le médecin traitant jusqu'au 31 décembre 2006, puis du 1^{er} janvier au 31 juillet 2007. Il détermine la reprise de travail à 100% dès le 1^{er} août 2007").

Le rapport d'expertise mentionne les traitements psychiatriques suivis par T. _____, à savoir le traitement auprès du Dr A. _____, du 18 février 2005 au 6 janvier 2009 (cf. supra, let. B), le traitement à la clinique de S. _____ (cf. supra, let. C) et le traitement suivi auprès du psychiatre Dr R. _____, à qui il avait été adressé par le Dr A. _____, pour un avis thérapeutique et aussi pour tenter une éventuelle hypnothérapie (six consultations entre le 15 mars et le 19 mai 2006). Le Dr R. _____ a indiqué à l'expert qu'il avait prescrit, en accord avec le Dr A. _____, un traitement d'antidépresseur (Efexor).

Les parties ont pu se déterminer sur l'expertise. Elles ont fait part de leurs observations. Aucun complément d'expertise n'a été requis.

J. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a produit le 26 août 2008 un extrait du compte individuel de T. _____. Il en ressort que, pour les années 2003 à 2007, ce dernier n'a pas été rémunéré par un autre employeur que Q. _____ Sàrl.

K. Dès le 1^{er} novembre 2011, M. _____ est devenue Z. _____ SA, par suite d'une fusion par

absorption.

L. Les parties ont écrit au tribunal à plusieurs reprises.

Le 9 février 2012, la défenderesse a notamment indiqué que se posait "le problème de la prescription".

En droit :

1. Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la LCA (loi fédérale du 2 avril 2008 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]; cf. art. 12 al. 3 LAMal).

Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; ancienne référence RSV: 173.431). Cela visait, précisément, les assurances complémentaires selon la LCA. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1^{er} janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été interprété dans le sens que cette Cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative (cf. JT 2009 III 106).

Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique.

Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1^{er} janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans de statuer.

2. Les prétentions des demandeurs sont fondées sur un contrat d'assurance couvrant l'incapacité de gain en cas de maladie. Le preneur d'assurance (Q._____ Sàrl) est la société qui emploie la personne assurée, laquelle est son associé-gérant (T._____). Depuis l'avenant de 2005, T._____ est la seule personne assurée.

Dans le système où l'employeur a souscrit une assurance collective contre la maladie qui confère directement des droits à ses travailleurs, ceux-ci ont, aux termes de l'art. 87 LCA, un droit propre contre l'assureur dès qu'une maladie est survenue. Le contrat collectif d'indemnités journalières, soumis aux normes de la LCA, est une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (le travailleur) contre l'assureur, en vertu de l'art. 87 LCA (cf. TF 4A_179/2007 du 12 septembre 2007 c. 4.2). Il incombe à la personne assurée, qui entend faire valoir ses prétentions à l'encontre de l'assureur, d'agir personnellement; c'est elle qui est titulaire des droits à invoquer en justice (cf. Peter Stein, in Basler Kommentar VVG, 2001, n. 15 et 18 ad art. 87 LCA).

Cela étant, dans le cas particulier, puisque T._____ est à la fois propriétaire et gérant de la société preneur d'assurance, et unique employé de cette société, le contrat prévoit une couverture au profit du preneur et de l'employé, indistinctement ou de façon combinée. Les deux demandeurs ont donc, comme consorts, la légitimation active.

Il y a lieu de relever que la demanderesse Q._____ Sàrl a modifié sa raison sociale peu avant l'ouverture d'action, mais après le début de la maladie du demandeur T._____. Cela ne joue toutefois aucun rôle dans la présente procédure, la société à responsabilité limitée ayant subsisté et sa structure – notamment sa gestion par un associé unique – n'ayant pas été modifiée.

3. Les prétentions des demandeurs sont fondées sur un contrat d'assurance, dont les clauses sont énoncées dans une police et dans les conditions générales (CGA).

Il y a lieu d'interpréter ces clauses, notamment les conditions générales d'assurance, selon la théorie de la confiance et l'art. 33 LCA. La jurisprudence retient ce qui suit à ce propos (ATF 133 III 675 consid. 3.3; cf. également ATF 135 III 410 consid. 3.2; TF 4A_172/2008 du 16 mai 2008 consid. 3.1).

En présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition 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 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. Lorsqu'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

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 des conditions générales; 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.

4. Les prestations demandées sont des indemnités journalières. Celles-ci sont dues, d'après les conditions contractuelles, après un délai d'attente de 30 jours. Il n'est pas contesté que le début de ce délai d'attente correspond au début de l'arrêt de travail prescrit par le Dr A. _____ en décembre 2005. Les demandeurs exposent que la défenderesse a versé des indemnités journalières à partir du 15 janvier 2006. Cette date est déterminante pour le droit aux indemnités journalières, qui est garanti pour au maximum 720 jours dans une période de 900 jours.

La défenderesse a déjà versé des indemnités journalières pendant 137 jours (du 15 janvier au 31 mai 2006). Les prétentions des demandeurs peuvent dès lors tendre au maximum à l'octroi de 583 indemnités journalières supplémentaires.

Cela étant, la défenderesse a mentionné, dans sa dernière lettre au tribunal, le "problème de la prescription". Il n'est pas certain qu'elle soulève formellement l'exception de prescription. Quoiqu'il en soit, cette exception, mal fondée, devrait être rejetée. Les demandeurs ont en effet demandé les prestations litigieuses, en introduisant une poursuite (commandement de payer notifié le 1^{er} décembre 2006) puis en ouvrant action dans le délai de prescription de deux ans de l'art. 46 al. 1 LCA (cf. ATF 127 III 268).

5. La défenderesse affirme dans sa réponse qu'elle a mis un terme au contrat, auquel elle ne serait plus liée en application de la LCA. Dans cette écriture, elle fait référence à ce propos à une violation des obligations contractuelles par le demandeur T. _____, qui n'aurait pas suivi un traitement médical adéquat. Dans ses conclusions reconventionnelles, elle demande au tribunal de prononcer qu'elle n'est plus liée par le contrat d'assurance à partir du 1^{er} janvier 2007.

La question de savoir si le demandeur T. _____ a suivi un traitement médical adéquat sera examinée plus bas. De cela dépend en effet non pas la validité du contrat, mais la quotité ou la durée des prestations.

En revanche, il y a lieu d'examiner si le contrat, conclu pour une durée déterminée (jusqu'au 1^{er} janvier 2008), a pris fin au 31 décembre 2006. Le seul motif de résiliation invoqué par la défenderesse, dans les pièces du dossier, est tiré de l'art. 15 de ses conditions générales.

L'art. 15 des CGA est intitulé "droit de résiliation en cas de sinistre". Il donne (let. a) au preneur

d'assurance, après chaque sinistre pour lequel une prestation est due, le droit de résilier le contrat au plus tard 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. Il ajoute (let. b) que la Compagnie a le même droit de résiliation, après chaque sinistre pour lequel une indemnité est due; elle doit faire valoir son droit au plus tard lors du paiement de l'indemnité. Si la Compagnie résilie le contrat, celui-ci expire à la fin de l'année d'assurance en cours.

S'agissant du droit de résiliation de l'assureur, il y a lieu d'interpréter l'art. 15 des CGA dans ce sens qu'il peut être invoqué après que la prestation due pour un sinistre a été fixée définitivement, en vue d'être payée, mais pas avant le règlement du sinistre. En d'autres termes, l'assureur ne peut pas résilier unilatéralement le contrat tant qu'il y a une contestation sur le montant de l'indemnité qui est due; sinon, il pourrait se libérer de l'obligation de verser davantage que les indemnités journalières dues pour l'année d'assurance en cours (dans tous les cas, moins de 720 indemnités journalières) en se bornant à contester, même sans preuve médicale, l'existence ou la persistance d'une maladie. En l'espèce, la défenderesse a offert au preneur d'assurance en 2006 de convenir d'une résiliation anticipée du contrat, ce qui a été refusé à deux reprises, puis elle a invité le preneur à payer la prime pour 2007. Il résulte de ces circonstances que la défenderesse, qui n'a pas obtenu des demandeurs un accord sur le montant des indemnités à verser, a finalement considéré qu'elle n'était pas en mesure de résilier unilatéralement le contrat à ce stade – après avoir payé 137 indemnités journalières, mais tandis que l'assuré prétendait à des indemnités supplémentaires, pour l'année en cours et pour le futur.

En conséquence, le contrat d'assurance litigieux n'a pas été résilié avant son échéance. Il s'ensuit que la conclusion reconventionnelle de la défenderesse, tendant à ce qu'il soit constaté qu'elle l'avait valablement résilié avec effet au 1^{er} janvier 2007, doit être rejetée.

6. Les demandeurs prétendent à des indemnités journalières fondées sur le contrat d'assurance conclu avec la défenderesse.

a) La défenderesse a admis la présence d'une maladie entraînant une incapacité de travail attestée par le médecin, au sens des art. 20 et 27 des CGA (cf. supra, let. A), pour la période du 16 décembre 2005 au 31 mai 2006 et elle a payé 137 indemnités journalières.

Le demandeur T. _____ a, au début de son incapacité de travail, fait appel à un médecin, le Dr A. _____, qui peut être considéré comme un "médecin patenté" au sens de l'art. 11 des CGA. Cette clause n'impose pas que le médecin traitant soit un spécialiste FMH, ou un spécialiste doté d'un titre postgrade reconnu par la Confédération, dans la discipline en cause (en l'occurrence la psychiatrie, vu la nature de l'atteinte). La notion de "médecin patenté" n'est pas particulièrement claire. Elle peut toutefois être appliquée à un médecin qui, comme le Dr A. _____, pratique régulièrement en cabinet, et dont les prestations sont rémunérées par les assurances-maladie dans le cadre de la LAMal.

b) L'existence d'attestations médicales d'une incapacité de travail pour la période antérieure au 1^{er}

juin 2006 n'a pas à être examinée, dès lors que la défenderesse a payé les indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2006.

Pour la période postérieure, il existe des attestations du Dr A._____, qui ont notamment été mentionnées par l'expert Dr I._____. Les taux d'incapacité indiqués sont les suivants:

- juin et juillet 2006: 100%
- août 2006: 80%
- du 1^{er} septembre 2006 au 31 juillet 2007: 50%.

Les attestations d'incapacité de travail du médecin traitant ont été communiquées ou transmises à la défenderesse soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin qu'elle avait mandaté, le Dr D._____, lequel avait rédigé un rapport pris en considération pour l'élaboration d'une proposition transactionnelle. En d'autres termes, la défenderesse a été régulièrement tenue au courant, par des avis médicaux, de l'évolution de la capacité de travail du demandeur T._____, pendant toute la période litigieuse.

Il s'agit dès lors de déterminer si les incapacités attestées par le médecin traitant correspondent aux incapacités de travail pour lesquelles les conditions générales d'assurance prévoient le versement d'indemnités journalières. Il faut toutefois d'abord examiner si, faute de traitement médical approprié depuis le début de la maladie, la défenderesse serait en droit de réduire ou de supprimer ses prestations.

c) Aux termes de l'art. 61 LCA (titre: Obligation de sauvetage), lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, seule une faute grave, à l'exclusion d'une faute moyenne ou légère, peut justifier une réduction de prestation. Commet une faute grave celui qui viole un devoir élémentaire de prudence qui, dans les mêmes circonstances, se serait imposé à toute personne raisonnable. Pour en juger, il ne faut pas se fonder sur un critère individuel mais sur un critère objectif, qui tienne compte des circonstances concrètes (ATF 128 III 34 consid. 5c, TFA 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 7 et les autres références citées).

Dans le cas particulier, le demandeur T._____ a généralement suivi les traitements qui lui ont été prescrits par les Drs A._____ et R._____, ainsi que par le personnel médical de S._____. S'il n'a pas accepté d'emblée certains médicaments antidépresseurs, il n'a pas pour autant été considéré par ses médecins comme un patient résistant au traitement, ou refusant les mesures thérapeutiques proposées. Il n'y a pas lieu, dans le cadre de l'examen objectif des dispositions prises par l'assuré pour restreindre le dommage, de se prononcer sur les caractéristiques du traitement préconisé par le Dr A._____, notamment sur l'utilisation des médicaments antidépresseurs ou sur l'efficacité des autres mesures appliquées. Il faut en effet déterminer si, en décidant de suivre ce traitement, le demandeur

T. _____ a commis une faute grave. A l'évidence, tel n'est pas le cas. Il s'ensuit que la défenderesse ne peut pas se prévaloir de l'art. 61 LCA pour réduire ses prestations.

d) Pour la période litigieuse, l'experte Dresse I. _____ a posé des diagnostics dont il n'y a aucun motif de s'écarter. Le trouble dépressif majeur, récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques, est une maladie propre à entraîner une incapacité de travail. L'experte a estimé que les incapacités de travail attestées par le Dr A. _____ étaient "totalement justifiées par la gravité des symptômes présentés alors par l'expertisé, et par les traitements suivis". Il n'y a aucun motif, sur ce point également, de s'écarter de l'expertise judiciaire, effectuée sur la base du dossier médical complet et de plusieurs séances d'examen ou entretiens avec l'expertisé.

Le médecin mandaté par la défenderesse pour un examen du demandeur T. _____ (cf. art. 11 des CGA), à savoir le Dr D. _____, n'a au demeurant pas contesté l'avis du Dr A. _____ pour la période de juin à septembre 2006. Il n'a été requis d'examiner le demandeur qu'à une seule reprise, en février 2006. Il n'est pas spécialiste en psychiatrie, et la défenderesse a renoncé à faire, ultérieurement, examiner T. _____ par un psychiatre. Dans ces conditions, on ne saurait tirer de l'avis du Dr D. _____ un élément médical propre à mettre en doute les constatations de l'experte Dresse I. _____. Il y a lieu de relever que le Dr D. _____, invité à donner un nouvel avis à la défenderesse, le 29 août 2006, s'est contenté d'interroger le Dr A. _____, et il a communiqué le résultat de cet entretien sans faire de réserve quant à la validité de ces constatations médicales. A ce moment-là, la défenderesse n'a pas non plus estimé que l'état de santé de l'intéressé devait être investigué plus en détail, puisqu'elle s'est fondée sur l'avis du Dr D. _____, et donc indirectement sur celui du Dr A. _____, pour faire une proposition transactionnelle.

Il faut aussi relever que le dossier ne contient aucun indice que le demandeur T. _____ aurait travaillé, durant la période litigieuse, davantage que ce qui était indiqué du point de vue médical. En particulier, le compte individuel AVS ne mentionne pas d'autres rémunérations, notamment de la part de sociétés qu'il aurait également gérées.

Dans ces circonstances, il est établi – au degré de la vraisemblance prépondérante, notion applicable à l'évaluation de l'état de santé d'un assuré, quand il s'agit de définir le droit aux prestations d'une assurance-maladie – que les incapacités de travail attestées par le Dr A. _____ (cf. supra, consid. 6b) l'ont été à juste titre.

e) Les prestations suivantes sont dès lors dues, en vertu du contrat d'assurance – ces chiffres reprennent les résultats des calculs de la défenderesse, dans sa proposition du 29 septembre 2006 (période du 1^{er} juin au 30 septembre 2006), puis pour la période résiduelle (période du 1^{er} octobre 2006 au 31 juillet 2007, selon le Dr A. _____ et l'experte Dresse I. _____), l'indemnité journalière correspond à celle prévue pour une incapacité de travail à 50%, étant précisé que le nombre total d'indemnités journalières (426) est inférieur à 720:

- 33'040 fr. 65, soit 61 jours à 541 fr. 65 (incapacité de travail de 100%), pour la période du 1^{er} juin au 31 juillet 2006;
- 13'432 fr. 30, soit 31 jours à 433 fr. 30 (incapacité de travail de 80%), pour la période du 1^{er} au 31 août 2006;
- 90'463 fr. 90, soit 334 jours à 270 fr. 85 (incapacité de travail de 50%), pour la période du 1^{er} septembre 2006 au 31 juillet 2007;
- au total: 136'936 fr. 85.

f) L'intérêt moratoire, au taux de 5% (cf. art. 104 al. 1 CO), est en outre dû, en principe à partir du moment où la défenderesse a été interpellée (art. 102 al. 1 CO). Pour qu'il y ait interpellation valable, il suffit que le créancier manifeste clairement de quelque manière – par écrit, verbalement ou par actes concluants – sa volonté de recevoir la prestation promise, sans indiquer les conséquences de la demeure (ATF 129 III 535 consid. 3.2.2). En l'occurrence, les demandeurs concluent au versement d'intérêts à partir du 15 décembre 2006; cette date, postérieure à la notification d'un commandement de payer, le 1^{er} décembre 2006, peut être retenue.

L'intérêt moratoire est donc dû à partir du 15 décembre 2006 sur le montant des indemnités journalières échues à cette date, soit pour la période du 1^{er} juin au 15 décembre 2006 (198 indemnités - soit 33'040 fr. 65 + 13'432 fr. 30 + 28'710 fr. 10 [106 x 270 fr. 85] = 75'183 fr. 05).

Pour le solde (228 indemnités journalières, soit 61'753 fr. 80), l'intérêt moratoire est dû à partir du 8 avril 2007, échéance moyenne (Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, in RVJ 1990 p. 372).

7. Il résulte des considérants que les conclusions des demandeurs doivent être partiellement admises et que la défenderesse (désormais: Z. _____ SA) doit être condamnée à leur payer les montants de:

- 75'183 fr. 05 avec intérêts à 5% dès le 15 décembre 2006, et de
- 61'753 fr. 80 avec intérêts à 5% dès le 8 avril 2007.

L'opposition de la défenderesse au commandement de payer n°1185024 de l'Office des poursuites de Lausanne Est, qui concerne des indemnités journalières qui étaient dues, doit donc être définitivement levée.

Les conclusions des demandeurs tendant au paiement d'indemnités journalières pour la période postérieure au 31 juillet 2007, de même que les conclusions reconventionnelles de la défenderesse, doivent être rejetées.

8. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA, art. 114 let. e CPC).

Les demandeurs ont droit à des dépens, vu l'admission, en grande partie, de leurs conclusions, à la charge de la défenderesse.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales:**

- I. Admet partiellement la demande et dit que Z._____ SA doit payer à Q._____ Sàrl et à T._____, solidairement entre eux, les montants suivants:
 - 75'183 fr. 05 (septante-cinq mille cent huitante-trois francs et cinq centimes) avec intérêts à 5% (cinq pourcent) dès le 15 décembre 2006, et de
 - 61'753 fr. 80 (soixante-et-un mille sept cent cinquante-trois francs et huitante centimes) avec intérêts à 5% (cinq pourcent) dès le 8 avril 2007.

- II. Dit que l'opposition de M._____ au commandement de payer n° 1185024 de l'Office des poursuites de Lausanne Est est définitivement levée.

- III. Dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. Met à la charge de Z._____ SA une indemnité de 3'000 fr. à payer à Q._____ Sàrl et à T._____, solidairement entre eux, à titre de dépens.

Le président : Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

Me Julie Laverrière, avocate à Lausanne (pour T._____ et Q._____ Sàrl)

Me Pierre del Boca, avocat à Lausanne (pour Z._____ SA)

par l'envoi de photocopies.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC ou un recours au sens des art. 319 ss CPC, selon que la valeur litigieuse est ou non supérieure à 10'000 fr., peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint.