

COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE GATINEAU

N° : 550-17-012936-231

DATE : Le 23 juin 2026

SOUS LA PRÉSIDENCE DE L'HONORABLE SOPHIE LEBLANC, J.C.S.

GENEVIÈVE MARIE CLÉMENCE GAUTHIER

Demanderesse

c.

BENEVA

Défenderesse

JUGEMENT (Prestations d'assurance-invalidité et dommages)

APERÇU

[1] La demanderesse demande que la défenderesse (« assureur ») rétablisse ses prestations d'assurance-invalidité conformément au contrat d'assurance collective, et ce, rétroactivement au 1^{er} février 2020¹.

[2] Elle demande également que l'assureur lui verse des prestations futures, en un versement unique, représentant la somme de ses prestations d'invalidité prévues au contrat d'assurance à compter du jugement, jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance,

¹ Bien que dans sa demande introductive d'instance la demanderesse demande la rétroactivité de ses prestations au 31 janvier 2020, l'assureur a versé des prestations jusqu'au 31 janvier 2020 (P-10).

soit la date de la fin de sa garantie d'assurance prévue au contrat. Subsidairement, elle demande le rétablissement de ses prestations mensuelles à compter du jugement².

[3] Elle demande également que l'assureur soit condamné à lui verser des dommages moraux et des dommages punitifs et qu'il rembourse ses frais d'avocats.

[4] L'assureur demande le rejet de la demande introductive d'instance modifiée de la demanderesse. Il renonce cependant à réclamer les frais de justice à l'encontre de la demanderesse³.

CONTEXTE

[5] Durant l'année 2013, la demanderesse travaille à titre de médecin résidente au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Son salaire est régi par l'Entente intervenue entre La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) et le ministre de la Santé et des Services sociaux⁴.

[6] La demanderesse est assurée en vertu d'un contrat d'assurance collective conclu entre La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. et la FMRQ, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013⁵.

[7] En 2022, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. se regroupe avec d'autres compagnies d'assurance et devient Beneva.

[8] Le 4 janvier 2013, la demanderesse cesse de travailler pour des raisons médicales. Le diagnostic retenu est une maladie affective bipolaire de type 1 à cycles rapides et phase mixte.

[9] La demanderesse est initialement indemnisée par son employeur pour une période de 105 semaines suivant la date de son arrêt de travail, le 4 janvier 2013⁶.

[10] À compter de la 106^e semaine, l'assureur doit lui verser des prestations d'invalidité, si son état correspond à la définition d'invalidité qui est énoncée comme suit au contrat⁷ :

« **1.15 Invalidité totale** : Un état d'incapacité résultant soit d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, ou d'un don d'organes ou de moelle osseuse faisant l'objet d'un suivi médical et qui, pendant les 60 premiers mois, rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

² Modification accordée de consentement à la troisième journée d'audition, le 14 janvier 2026.

³ Modification verbale de la défense, de consentement, le 15 janvier 2026.

⁴ Pièce D-5, annexe I, page 51.

⁵ Pièce D-1.

⁶ Pièce D-1, article 7.2.

⁷ Pièce D-1, article 1.15.

Suivant cette période de 60 mois, cet état d'incapacité, quoi que n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement l'adhérent d'exercer toute activité rémunératrice lui procurant au moins 80% du salaire qu'il percevait à la date de début de son invalidité et pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité. »

[11] Le 4 janvier 2015, à la fin de son délai de carence de 105 semaines, l'assureur débute le versement des prestations d'invalidité à la demanderesse en raison d'une invalidité totale répondant à la définition du premier volet de la clause 1.15 du contrat d'assurance.

[12] La demanderesse est en arrêt de travail depuis le 4 janvier 2013, la période de 60 mois qui la rend totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi prend fin le 4 janvier 2018.

[13] Le 6 octobre 2017, l'assureur avise la demanderesse que sa condition ne répond pas à la définition d'invalidité totale définie au deuxième volet de la couverture d'assurance, soit une incapacité à exercer toute activité rémunératrice lui procurant au moins 80 % du salaire qu'elle percevait au début de son invalidité⁸. En conséquence, l'assureur l'avise que ses prestations prendront fin le 4 janvier 2018.

[14] Le 19 février 2019, à la suite de plusieurs demandes de révision formulées par la demanderesse, l'assureur lui transmet un avis de décision⁹. Il l'informe que sa condition correspond à la définition d'invalidité totale prévue au deuxième volet de la clause 1.15 du contrat d'assurance. Les prestations d'invalidité sont versées à la demanderesse rétroactivement au 4 janvier 2018, et ce, jusqu'au 31 mars 2019.

[15] Les prestations sont ensuite versées à la demanderesse à compter du 1^{er} avril 2019 jusqu'au 31 janvier 2020 avec une période d'interruption entre le 1^{er} août et le 7 novembre 2019 en raison de l'omission de la demanderesse de s'être présentée à un rendez-vous pour une expertise en orthopédie requise par l'assureur. Le 7 novembre 2019, l'assureur rembourse cette période de prestations à la demanderesse.

[16] Le 24 janvier 2020, l'assureur avise la demanderesse qu'elle ne répond plus à la définition d'invalidité totale et que ses prestations d'invalidité cessent le 31 janvier 2020¹⁰.

[17] Le débat porte donc sur le droit de la demanderesse de recevoir des prestations d'invalidité à compter du 1^{er} février 2020.

[18] La demanderesse soutient que sa condition médicale physique rencontre les critères de la garantie d'assurance pour le versement des prestations d'invalidité.

⁸ Pièce P-2 du 3 novembre 2017 qui fait référence à l'avis de décision du 5 octobre 2017.

⁹ Pièce D-7, p.1.

¹⁰ Pièce P-10.

[19] La défenderesse soumet que les limitations fonctionnelles de la demanderesse à l'égard de sa condition physique ne rencontrent pas les critères de la définition d'invalidité prévue au contrat d'assurance. Elle allègue également qu'elle est justifiée de cesser les prestations pour sa condition psychiatrique, puisque la demanderesse refuse ou néglige de recevoir les soins requis par son état, donnant ainsi application aux exclusions prévues au contrat d'assurance concernant son obligation de suivi médical et de traitements.

QUESTIONS EN LITIGE

[20] Le litige soulève les questions suivantes :

1. Est-ce que la garantie d'assurance-invalidité s'applique à la demanderesse à compter du 1^{er} février 2020 lui permettant de recevoir des prestations ?
2. Est-ce que la défenderesse est justifiée d'appliquer les clauses d'exclusions prévues au contrat d'assurance?
3. La demanderesse peut-elle écarter l'exclusion de garantie ?
4. La demanderesse est-elle justifiée de réclamer des dommages contre la défenderesse ?

ANALYSE

Principes juridiques

➤ Nature du contrat et règles d'interprétation

[21] Le contrat d'assurance-invalidité est un contrat d'adhésion¹¹. Conformément aux articles 2389 et suivants du *Code civil du Québec*, l'assureur, moyennant une prime ou cotisation, s'oblige à verser au preneur ou à un tiers, une prestation lors de la survenance d'un risque couvert par l'assurance.

[22] Un contrat d'assurance est sujet aux mêmes règles d'interprétation que tout autre contrat. La Cour d'appel le rappelle en ces termes dans l'arrêt *Compagnie d'assurance vie RBC c. O.C.* :

[38] Sous réserve de certaines règles qui lui sont propres (et qui ne sont pas en jeu en l'espèce) une police d'assurance est sujette aux mêmes règles d'interprétation que tout autre contrat. Ainsi, il doit être donné effet à son texte clair alors que celui qui est ambigu doit entraîner l'application des règles générales d'interprétation. Cela dit, contrairement à ce que soutient l'intimé, une police d'assurance, comme tout autre contrat, doit être lue en considérant son texte dans son ensemble et cela que le texte de la disposition en cause soit ou non ambigu :

¹¹ Article 1379 C.c.Q.

[21] Les principes applicables à l'interprétation des polices d'assurance ont été examinés par la Cour à de nombreuses reprises et je n'ai pas l'intention d'en faire ici un examen exhaustif (voir, p.ex., *Co-operators Compagnie d'assurance-vie c. Gibbens*, 2009 CSC 59, [2009] 3 R.C.S. 605, par. 20-28; *Jesuit Fathers*, par.27-30; *Scalera*, par.67-71; *Brisette, succession c. Westbury Life Insurance Co.*, [1992] 3 R.C.S. 87, p.92-93; *Exportations Consolidates Bathurst Ltée c. Mutual Boiler and Machinery Insurance Co.*, [1980] 1 R.C.S. 888, p.899-902). Toutefois un bref rappel des principes pertinents peut être une introduction utile à l'interprétation qui suit des polices ARCE.

[22] Selon le premier principe d'interprétation, lorsque le texte de la police n'est pas ambigu, le tribunal doit l'interpréter en donnant effet à son libellé non équivoque et en le considérant dans son ensemble (*Scalera*, par.71).

[39] L'ambiguïté ou non d'une disposition ne peut d'ailleurs être déterminée qu'en tenant compte de l'ensemble des termes du contrat qui la contient puisqu'une clause qui semble non ambiguë peut le devenir lorsque le contrat est considéré dans son ensemble.¹²

[Nous soulignons]

[23] Dans l'arrêt *Uniprix inc. c. Gestion Gosselin et Bérubé inc.*¹³, la Cour suprême rappelle le cadre d'analyse en deux temps qui s'applique en matière d'interprétation d'un contrat et le rôle du Tribunal à chacune des étapes. Dans un premier temps, le Tribunal doit déterminer si les termes d'un contrat sont clairs ou ambigus.

[24] Pour déterminer si un contrat est clair ou ambigu, le Tribunal doit se prêter à une analyse parfois qualifiée de phase pré interprétative qui implique une certaine interprétation du contrat, laquelle est faite d'une manière plus superficielle comme le rappelle la Cour d'appel dans *10534528 Canada inc. c. 9096-8504 Québec inc.*¹⁴ :

[8] Ainsi, avant de se prêter à un exercice d'interprétation proprement dit, suivant les articles 1425 et suivants du *Code civil du Québec* (« C.c.Q. »), le juge doit d'abord déterminer si le contrat est ambigu, et ce, lors d'une première étape qualifiée de pré interprétative. Voici comment l'ont résumée les auteurs Lluellas et Moore :

1571. L'ambiguïté ou l'obscurité ne résulte pas de la seule divergence de vues du plaideur sur la portée d'une clause. Forcément constatée par le juge, l'obscurité nécessite un travail préliminaire d'analyse du contrat. Il s'agit de la phase pré-interprétative, au terme de laquelle le tribunal conclut, le cas échéant, qu'il y a doute sur l'intention des parties, et donc matière à interprétation. Assez curieusement, au cours de cette phase préliminaire, le juge se trouve en quelque sorte à interpréter le contrat, mais de manière superficielle seulement, par ce que l'on a déjà qualifié d'interprétation de filtrage. En principe, le juge ne devrait pas, lors de cette étape

¹² *Compagnie d'assurance vie RBC c. O.C.*, 2022 QCCA 1142, par. 38-39.

¹³ 2017 CSC 43, par. 35-37.

¹⁴ 2023 QCCA 625, par. 8.

préliminaire, recourir aux articles 1425 et suivants, puisque cette phase vise, précisément, à déterminer s'il y a lieu ou non de les utiliser.

[25] Si les termes du contrat sont clairs, le tribunal doit respecter la volonté des parties et les appliquer sans se prêter à un exercice d'interprétation. En revanche, si les termes du contrat sont ambigus, le Tribunal doit passer à la deuxième étape et rechercher l'intention des parties en appliquant les règles d'interprétation prévues aux articles 1425 à 1432 C.c.Q. et qui se lisent comme suit :

1425. Dans l'interprétation du contrat, on doit rechercher quelle a été la commune intention des parties plutôt que de s'arrêter au sens littéral des termes utilisés.

1426. On tient compte, dans l'interprétation du contrat, de sa nature, des circonstances dans lesquelles il a été conclu, de l'interprétation que les parties lui ont déjà donnée ou qu'il peut avoir reçue ainsi que des usages.

1427. Les clauses s'interprètent les unes par les autres, en donnant à chacune le sens qui résulte de l'ensemble du contrat.

1428. Une clause s'entend dans le sens qui lui confère quelque effet plutôt que dans celui qui n'en produit aucun.

1429. Les termes susceptibles de deux sens doivent être pris dans le sens qui convient le plus à la matière du contrat.

1430. La clause destinée à écarter tout doute sur l'application du contrat à un cas particulier ne restreint pas la portée du contrat par ailleurs conçu en termes généraux.

1431. Les clauses d'un contrat, même si elles sont énoncées en termes généraux, comprennent seulement ce sur quoi il paraît que les parties se sont proposé de contracter.

1432. Dans le doute, le contrat s'interprète en faveur de celui qui a contracté l'obligation et contre celui qui l'a stipulée. Dans tous les cas, il s'interprète en faveur de l'adhérent ou du consommateur.

[26] La recherche de la commune intention des parties doit tenir compte :

- Des termes de la disposition;
- Des autres clauses du contrat;
- De la nature du contrat;
- De son contexte extrinsèque incluant les circonstances factuelles entourant sa conclusion;
- De l'interprétation que lui ont donné les parties;
- De l'usage (article 1434 C.c.Q.);¹⁵

[27] La Cour d'appel nous indique le principe à appliquer lorsque des mots sont susceptibles de deux interprétations dans l'affaire *177333 Canada Inc. c. Autobus Citadelle Inc.*, ce qui suit :

¹⁵ *177333 Canada inc. c. Autobus Citadelle inc.*, 2020 QCCA 765, par.30.

[32] la Cour suprême privilégie l'interprétation raisonnable en écrivant « [l]orsque des mots sont susceptibles de deux interprétations, la plus raisonnable, celle qui assure un résultat équitable, doit certainement être choisie comme l'interprétation qui traduit l'intention des parties ». ¹⁶

[28] Les clauses d'un contrat d'assurance invalidité qui distinguent l'invalidité de courte durée de l'invalidité de longue durée sont des clauses standards. Il faut tenir compte de l'intention des parties dans leur interprétation. Les contrats d'assurance de cette nature doivent s'interpréter de façon libérale ¹⁷.

➤ Fardeau de preuve

[29] L'article 2803 du *Code civil du Québec* prévoit ce qui suit :

2803 : Celui qui veut faire valoir un droit doit prouver les faits qui soutiennent sa prétention. Celui qui prétend qu'un droit est nul, a été modifié ou est éteint doit prouver les faits sur lesquels sa prétention est fondée.

[30] Ainsi, pour bénéficier de prestations d'invalidité, l'assuré doit démontrer que son état correspond à l'invalidité telle qu'elle est définie aux termes du contrat d'assurance.

[31] Lorsque l'assureur reconnaît cette invalidité, il y a renversement du fardeau de preuve et le fardeau incombe à l'assureur de démontrer que l'assuré ne rencontre plus les critères d'invalidité prévus au contrat d'assurance et que son droit aux prestations est éteint, soit que sa condition d'invalidité a changé ou que les clauses d'exclusion prévues au contrat trouvent application ¹⁸.

[32] La Cour d'appel dans *Blais c. Ivori*, rappelle le fardeau qui incombe à l'assureur qui prétend que la situation de l'assuré a changé et que son obligation est éteinte :

[17] Il importe en premier lieu de clarifier la question du fardeau de la preuve telle qu'elle se présente ici. Posons d'abord l'hypothèse suivante : un assureur, lié par des clauses identiques à celles de la Police, verse pendant un certain temps des prestations pour PRR. Il décide toutefois de cesser ces versements au motif que, désormais, la situation de l'assuré ne remplit plus les conditions donnant droit à une indemnité. Dans l'état actuel de la jurisprudence, il semble bien établi que la preuve de ce changement de situation incombe à l'assureur. Il peut, bien sûr, exiger de l'assuré que celui-ci le tienne au courant de sa situation, mais s'il y a désaccord entre les parties sur les conséquences juridiques qui en résultent, l'assureur doit rapporter la preuve de ce changement de situation.

[18] C'est le sens à donner à l'arrêt *Caisse populaire de Maniwaki c. Giroux* dont on peut citer ici quelques courts extraits :

¹⁶ 177333 *Canada inc. c. Autobus Citadelle inc.*, 2020 QCCA 765, par. 32.

¹⁷ *Forest c. Industrielle Alliance, assurances et services financiers inc.*, 2018 QCCA 875, par.19.

¹⁸ *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, 2023 QCCA 1094, par. 54 à 57 qui réfère à plusieurs arrêts dont notamment : *Caisse populaire de Maniwaki c. Giroux*, [1993] 1 R.C.S. 282, p.300-301.

Une fois qu'une partie a démontré à la satisfaction du juge, selon le premier alinéa de l'art. 1203 [aujourd'hui l'art. 2803 C.c.Q.], qu'un lien juridique l'unit à une autre, puisque cette situation est devenue légalement existante, aux yeux du tribunal, elle constitue l'état normal des choses. Donc, la partie qui estime que l'état normal des choses a changé, que l'obligation n'existe plus, doit à son tour convaincre le tribunal. C'est ce qu'exprime le deuxième alinéa de cet article.¹⁹

[33] Dans l'éventualité où l'exclusion s'applique, l'assuré qui veut démontrer des motifs pour écarter les clauses d'exclusion a le fardeau de les établir²⁰.

[34] Le fardeau de preuve applicable est toujours celui de la balance des probabilités conformément à l'article 2804 C.c.Q. qui stipule que la preuve qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence est suffisante à moins que la loi n'exige une preuve plus convaincante.

[35] Ainsi, lorsque la preuve de l'invalidité a été établie et reconnue, l'assureur a le fardeau de prouver par une preuve prépondérante que son refus de continuer le versement des prestations a une assise factuelle dont l'existence est plus probable que son inexistence comme l'exprime la Cour d'appel dans l'arrêt *Forest c. Industrielle Alliance, assurances et services financiers inc.*²¹.

1. Est-ce que la garantie d'assurance-invalidité s'applique à la demanderesse, rétroactivement au 1^{er} février 2020 ?

[36] Pour répondre à cette question, il faut d'abord analyser et interpréter les décisions rendues par l'assureur concernant l'admissibilité de la demanderesse aux prestations d'invalidité totale.

1.1. Historique des décisions pertinentes rendues par l'assureur

[37] Le 6 octobre 2017, l'assureur avise la demanderesse que le délai de 60 mois couvrant le premier volet de la définition d'invalidité totale prévu au contrat d'assurance prendra fin le 4 janvier 2018.

[38] Il l'informe alors que les éléments médicaux présents à son dossier ne lui permettent pas de rencontrer les critères d'invalidité totale prévus au deuxième volet de la définition, à savoir que l'assuré est atteint d'une maladie qui l'empêche d'exercer toute activité rémunératrice lui procurant au moins 80% de son salaire. L'assureur lui confirme que ses prestations d'invalidité cesseront à compter du 3 janvier 2018²².

¹⁹ *Blais c. Ivori*, 2021 QCCA 1931, par. 17-18.

²⁰ *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, 2023 QCCA 1094, par.90.

²¹ 2018 QCCA 875, par. 30.

²² Pièce D-17, p.1755.

[39] La demanderesse demande la révision de cette décision et le 3 novembre 2017²³, l'assureur l'avise que les éléments médicaux présents au dossier ne lui permettent pas de réviser favorablement la décision rendue le 6 octobre 2017.

[40] L'assureur prend note que la demanderesse entend produire de nouveaux documents médicaux et qu'il procédera à l'analyse de ces documents sur réception. La cessation des prestations à compter du 3 janvier 2018 est maintenue.

[41] Le 14 septembre 2018, à la suite d'une nouvelle demande de révision de la demanderesse, l'assureur maintient la décision du 6 octobre 2017 et la fin des prestations le 3 janvier 2018, soit la journée précédent le début de l'application du deuxième volet de la définition d'invalidité²⁴.

[42] Le 9 novembre 2018, la demanderesse dépose une plainte à l'encontre de cette décision²⁵.

[43] Le 19 février 2019, l'assureur transmet à la demanderesse un avis de décision²⁶. Il l'informe que sa condition correspond à la définition d'invalidité totale prévue à son contrat. Les prestations d'invalidité sont donc versées à la demanderesse rétroactivement du 4 janvier 2018 jusqu'au 31 mars 2019. L'assureur informe la demanderesse qu'il communiquera avec elle lorsque des renseignements additionnels seront nécessaires à la poursuite de l'évaluation de son dossier.

[44] Le 4 juin 2019, l'assureur avise la demanderesse que sa condition de santé correspond toujours à la définition d'invalidité totale prévue au contrat et qu'elle recevra des prestations jusqu'au 31 juillet 2019²⁷. Le versement de prestations après cette date est cependant conditionnel à ce qu'elle rencontre le Dr Boivin, chirurgien orthopédiste, le 24 juillet 2019.

[45] Le 24 janvier 2020, l'assureur avise la demanderesse que le rapport d'expertise du Dr Boivin, chirurgien orthopédiste, ne permet pas de la considérer incapable d'exercer tout emploi rémunérateur²⁸. Il indique que le versement de ses prestations continue jusqu'au 31 janvier 2020 uniquement par mesure d'accommodement et qu'elles prendront fin à cette date.

[46] La demanderesse demande la révision de cette décision et le 2 mars 2020, l'assureur confirme la fin de son admissibilité à des prestations au 31 janvier 2020²⁹.

[47] Le 21 avril 2020, la demanderesse porte plainte de la décision en révision rendue le 2 mars 2020.

²³ Pièce P-2.

²⁴ Pièce P-3.

²⁵ Pièce P-12.

²⁶ Pièce D-7.

²⁷ Pièce D-7, p. 3 de 4.

²⁸ Pièce P-10.

²⁹ Pièce P-20.

[48] Le 28 mai 2020, l'assureur rend une décision sur la plainte³⁰. Il mentionne qu'il a indemnisé la demanderesse en lien avec le diagnostic initial de maladie affective bipolaire de type 1 à cycles rapides et phase mixte jusqu'au 3 janvier 2018, date du changement de définition d'invalidité. L'assureur mentionne aussi que suivant cette date, la demanderesse a fourni des informations relativement à une condition physique, soit une déchirure du labrum de la hanche droite, une tendinopathie de l'épaule droite et une lombalgie mécanique.

[49] Il confirme avoir révisé l'entièreté du dossier et avoir accepté une reprise des prestations rétroactivement au 3 janvier 2018, mais, considérant l'opinion du Dr Boivin, orthopédiste, la demanderesse n'a pas de limitations fonctionnelles qui l'empêche d'effectuer un emploi rémunérateur. L'assureur conclut que la demanderesse n'est plus admissible aux prestations d'assurance invalidité.

1.2. Analyse des décisions

[50] Les avis de décisions transmis par l'assureur sont succincts et peu détaillés. La représentante de l'assureur confirme que les décisions sont standardisées. Pour comprendre les motifs qui sous-tendent ces décisions, il faut se référer aux notes administratives contenues au dossier de l'assureur.

[51] Le 14 septembre 2017, la Dre Estelle Bertrand, psychiatre et médecin-conseil pour l'assureur fait une évaluation sur dossier. Elle considère la demanderesse inapte pour occuper l'emploi de médecin résidente, mais apte à tout autre emploi et souligne qu'elle ne mitige pas ses dommages³¹.

[52] Le 6 octobre 2017, l'assureur met fin aux prestations d'invalidité en lien avec la condition psychiatrique de la demanderesse en se fondant sur l'évaluation de la Dre Estelle Bertrand³².

[53] Cependant, le 19 février 2019, suivant plusieurs demandes de révision et la plainte formulée par la demanderesse à l'encontre de la décision du 6 octobre 2017, il modifie sa décision³³. Il informe la demanderesse que sa condition correspond maintenant à la définition d'invalidité totale prévue à son contrat.

[54] La mention d'invalidité « totale » mentionnée à cet avis de décision fait nécessairement référence à la définition contenue au second alinéa de la clause 1.15, puisque la période de 60 mois s'est terminée le 4 janvier 2018. L'assureur considère donc la demanderesse incapable d'occuper tout emploi rémunérateur lui procurant au moins 80 % de ses revenus pré-invalidité.

³⁰ Pièce P-21.

³¹ Pièce P-1, p. 10 et Pièce D-6, p.3. La note du médecin-conseil psychiatre, Dre Estelle Bertrand, n'est pas produite.

³² Pièce D-6, p.3.

³³ Pièce D-7.

[55] Examinons les conditions médicales qui affectent la demanderesse au moment où l'assureur rend cette décision et lesquelles sont retenues pour établir son admissibilité aux prestations.

1.3 Les diagnostics reliés à la condition physique de la demanderesse

[56] Le 31 mai 2018, lors d'une conversation téléphonique avec son agente d'indemnisation, la demanderesse avise l'assureur qu'elle est porteuse de conditions médicales physiques qui l'empêchent d'occuper tout emploi rémunérateur³⁴.

➤ La condition rhumatologique

[57] La demanderesse allègue avoir des symptômes en lien avec une condition rhumatologique qui s'est révélée après avoir souffert de raideurs corporelles et de gonflement des mains suivant la naissance de ses jumeaux en juillet 2019.

[58] L'assureur demande une expertise médicale en rhumatologie, qui est réalisée le 31 janvier 2025 par la Dre Fitzcharles, rhumatologue et médecin spécialiste de la douleur³⁵.

[59] Cette dernière fait l'historique des consultations médicales de la demanderesse en lien avec des symptômes de nature rhumatologique³⁶.

[60] Elle constate que la demanderesse consulte la première fois en rhumatologie le 31 juillet 2020 avec la Dre Cambray. L'évaluation finale n'est pas lisible, mais elle demande de la revoir deux semaines après son accouchement.

[61] Par conséquent, aucun diagnostic rhumatologique n'est émis à l'égard de la demanderesse au moment où l'assureur, le 19 février 2019, accepte de verser des prestations à la demanderesse sous le deuxième volet de la définition d'invalidité totale.

[62] La condition rhumatologique de la demanderesse ne fait pas partie des conditions médicales retenues pour établir son invalidité totale.

[63] D'ailleurs, cette condition ne sera jamais médicalement reconnue.

[64] En effet, le 24 septembre 2020, une nouvelle consultation en rhumatologie avec le Dr Lovisi Neto révèle une possibilité de rhumatismes palindromiques chroniques sur une femme enceinte de 28 semaines. Elle exclut un diagnostic d'arthrite ou de spondylarthrite.

[65] La Dre Cambray rencontre de nouveau la demanderesse le 25 novembre 2020. Il est alors question d'un syndrome d'antiphospholipides. Ce diagnostic est ensuite écarté suivant l'analyse des résultats d'examens effectués.

³⁴ Pièce P-1, P. 12.

³⁵ Pièce D-11.2.

³⁶ Pièce D-11.2, p. 7 à 12.

[66] Finalement, lors d'une nouvelle consultation avec la Dre Cambray le 17 juin 2021, elle conclut à l'absence de preuve d'arthrite inflammatoire.

[67] L'expertise de la Dre Fitzcharles du 31 janvier 2025 mentionne que malgré des plaintes musculosquelettiques depuis juillet 2019 et malgré la récurrence de symptômes subjectifs, il n'existe aucune preuve clinique d'une affection rhumatologique sous-jacente³⁷.

[68] Le 21 février 2025, la Dre Fitzcharles produit un addendum à son rapport d'expertise daté du 31 janvier 2025. Elle a reçu 600 pages de documentation médicale qui inclut les consultations de la demanderesse auprès de plusieurs cliniques et hôpitaux qui couvrent notamment la période de 2017 à 2023.

[69] La Dre Fitzcharles conclut que l'analyse de cette documentation supplémentaire ne lui permet pas d'identifier que la demanderesse souffre d'une condition rhumatismale³⁸.

[70] La preuve médicale prépondérante et non contredite contenue au dossier médical de la demanderesse démontre qu'elle ne souffre pas d'une condition rhumatologique invalidante qui correspondrait à la définition d'invalidité totale prévue au contrat d'assurance.

[71] Ainsi, la décision de l'assureur d'accorder des prestations d'invalidité à la demanderesse sous le premier ou le deuxième volet de la définition d'invalidité totale ne repose pas sur un diagnostic relié à une condition rhumatologique.

➤ **La condition orthopédique**

[72] Le 18 octobre 2017, la demanderesse mentionne pour la première fois à l'assureur qu'elle a des problèmes à une hanche³⁹.

[73] Le 7 février et le 21 mars 2018, elle rapporte à l'assureur des douleurs à l'épaule droite, au poignet et à la hanche droite.⁴⁰

[74] Le 31 mai 2018, la demanderesse mentionne à son agente d'indemnisation qu'elle est inapte à travailler pour des raisons physiques⁴¹.

[75] Le 10 mai 2018, une imagerie par résonnance magnétique démontre une déchirure du labrum et une atrophie musculaire. Sur réception de cet examen, le dossier est référé au médecin-conseil.

³⁷ Id., p. 15 à 18.

³⁸ Pièce D-11.4, p. 5.

³⁹ Pièce P-1, p. 11.

⁴⁰ Pièce P-1, p. 14; l'agent évaluateur de l'assureur le 14 décembre 2018 mentionne que depuis au moins le 10 janvier 2017, le dossier médical de l'adhérente fait état de douleurs articulaires à l'épaule et la hanche.

⁴¹ Pièce P-1, p. 12.

[76] Le 5 septembre 2018, le Dr Charles Coulombe, médecin-conseil pour l'assureur, analyse le dossier médical de la demanderesse en lien avec sa condition orthopédique⁴². Il conclut aux diagnostics d'une déchirure du labrum de la hanche droite, d'une tendinopathie de l'épaule droite et d'une lombalgie mécanique.

[77] Il conclut également que la demanderesse présente des limitations fonctionnelles légères en raison d'une diminution d'amplitude lombaire et des limitations fonctionnelles significatives à la hanche droite. Il énumère une liste de mouvements à éviter, mais il précise que ces limitations ne sont pas incompatibles avec un travail de bureau⁴³.

[78] Il est d'avis que la demanderesse est apte au travail complet et il suggère une expertise en orthopédie⁴⁴.

[79] Le 14 décembre 2018, le conseiller en règlement des différends pour l'assureur, David Richard, mentionne que depuis au moins le 10 janvier 2017, le dossier médical de la demanderesse fait état de douleurs importantes au niveau articulaires à l'épaule et à la hanche droite⁴⁵.

[80] Il fait mention de limitations fonctionnelles importantes de la hanche et de l'épaule droite rapportées par le Dr Coulombe et il conclut que les douleurs peuvent amener un très gros niveau de stress qui affecte sa santé mentale.

[81] La conjugaison de ces conditions l'amène à conclure que la demanderesse est porteuse de conditions qui la rendent incapable de travailler conformément au deuxième volet de la définition d'invalidité totale.

[82] Cette analyse mène l'assureur à émettre l'avis de décision du 19 février 2019 qui rétablit rétroactivement les prestations de la demanderesse. L'assureur mentionne cependant qu'il communiquera avec la demanderesse lorsque des renseignements additionnels seront nécessaires à la poursuite de l'évaluation de son dossier.

[83] L'assureur accepte donc de reconnaître que la condition médicale orthopédique de la demanderesse est invalidante, sous réserve de poursuivre l'évaluation de cette condition.

➤ La condition psychiatrique

[84] L'assureur soumet que les prestations d'invalidité totale versées pour la période suivant l'application du deuxième volet de l'assurance invalidité ne sont pas en lien avec le diagnostic psychiatrique, mais uniquement en lien avec les nouveaux diagnostics physiques soumis par la demanderesse à cette période.

⁴² Pièce D-6.

⁴³ Pièce D-6, p. 6.

⁴⁴ Id.

⁴⁵ Pièce P-1, p.17.

[85] Il soumet que sa condition psychiatrique est exclue de la garantie d'assurabilité en vertu des clauses d'exclusions prévues au contrat, et ce, en raison de son absence de suivi médical et de traitements pour cette condition depuis avril 2017.

[86] Cette position n'est toutefois pas soutenue par la preuve.

[87] Le 14 décembre 2018, les notes du conseiller en règlement des différends, David Richard, qui sont contemporaines à l'avis de décision transmis le 19 février 2021, se lisent comme suit :

« Considérant les rapports médicaux du 16 septembre 2014, du 8 mars 2016 et du 30 octobre 2015 selon lesquelles l'adhérente présente un tableau de maladies affectives bipolaire de type un astiquent (à cycle) rapide, un TDAH, une hypothyroïdie et des traits limites.

Considérant que les rapports médicaux cités précédemment font état d'une instabilité de l'humeur (de) l'adhérente et une très faible tolérance au stress.

Considérant que par choix, depuis avril 2017, l'adhérente ayant connu une période euthymique, a cessé sa médication en lien avec sa maladie affective bipolaire et en conséquence, le risque de rechute s'avère important.

Considérant que l'adhérent traite sa maladie affective bipolaire par l'entraînement physique et le support de ses proches.

Considérant qu'il y a des risques de rechute très importants par rapport à la maladie affective bipolaire (de) l'adhérente.

Considérant que l'adhérente a un TDAH.

Considérant que l'adhérent a des traits limites.

Considérant que l'adhérent gagnait un salaire de 58 350 \$ avant le début de son invalidité.

Considérant que dans un contexte de maladie affective bipolaire, l'adhérente a perdu pas moins de 100 livres en une année, laquelle perte de poids a certainement eu lieu dans des phases maniaques.

Considérant que dans la dernière année, l'adhérente a fait au moins quatre fausse(s) couche(s).

Considérant que lors de son arrêt de travail, l'adhérente a été hospitalisé(e) au moins trois fois pendant la première année et demi de son invalidité.

Considérant que l'état de santé psychologique de (l'adhérente) la des rentes est très fragile.

Considérant que depuis au moins le 10 janvier 2017, le dossier médical de l'adhérente fait état de douleurs articulaires, notamment au niveau de la hanche et de l'épaule, suite à une perte drastique de poids.

Considérant que le 3 janvier 2018, lors du changement de définition, l'adhérente était en investigation pour des douleurs articulaires au niveau des hanches et de l'épaule.

Considérant les lettres ajoutées dans GED le 7 novembre 2018, le 2 novembre 2017 et le 6 octobre 2017 font état de graves symptômes au niveau de la hanche et de l'épaule droite pouvant limiter de façon considérable adhérente dans l'occupation d'un emploi rémunérateur.

Considérant l'avis du médecin-conseil ajouté dans la GED le 5 septembre 2018 fait état de limitations fonctionnelles importantes au niveau de la hanche et de l'épaule droite.

Considérant les rapports médicaux ajoutés dans la GED, le 7 novembre 2018, le 13 août 2018, le 11 juillet 2018, le 9 juillet 2018 et le 14 juin 2018 démontrent une forte probabilité que les symptômes subjectifs (de) l'adhérente soit avérés.

Considérant que les rapports mentionnés précédemment font eux-mêmes état de limitations fonctionnelles et brosse(nt) un portrait limite de l'adhérente au niveau physique.

Considérant les problèmes de santé mentale, de l'adhérente, jumelé avec des douleurs au niveau de la hanche droite et de l'épaule, peut amener sans aucun doute un très gros niveau de stress pour celle-ci.

Considérant que l'adhérente, en raison de ces problèmes de santé mentale, n'a aucune ou peu de résistance au stress.

Pour l'ensemble des motifs précédemment mentionnés, le soussigné est d'avis que depuis le 3 janvier 2018, l'adhérente répond à la deuxième portion de la définition d'invalidité totale prévue au contrat, soit une invalidité l'empêchant d'exercer toute activité rémunératrice lui procurant au moins 80% du salaire qu'elle recevait à la date du début de son invalidité.

Considérant qu'après discussion avec Mélanie Lavoie, chef des prestations invalidité, et celle-ci partage l'avis du soussigné, et que l'état de santé mentale de l'adhérente jumelé à son état de santé physique la rend inapte à faire un emploi rémunérateur.

En conséquence, le soussigné est d'avis que le versement des prestations d'invalidité devrait rétroagir en date du 3 janvier 2018 jusqu'à ce qu'il soit prouvé à l'assureur un changement dans l'état de santé de l'adhérente.⁴⁶

[88] Cette note révèle que l'assureur reconnaît que l'état d'incapacité résultant du diagnostic psychiatrique de la demanderesse rencontre les critères d'application du deuxième volet de la garantie prévue à la clause 1.15 alinéa 2 et l'empêche d'exercer toute activité rémunératrice lui procurant au moins 80 % de son salaire pré-lésionnel.

1.4 La fin des prestations

[89] L'assureur, qui a mis fin aux prestations, a le fardeau de prouver que la condition médicale de la demanderesse a changé depuis son admissibilité aux prestations d'invalidité.

⁴⁶ Pièce P-1, p. 17.

➤ **La condition physique**

[90] Le 16 décembre 2019, le Dr Éric Boivin, chirurgien orthopédiste, produit un rapport d'expertise⁴⁷. Il retient le diagnostic de syndrome d'abutement fémoro-acétabulaire ou de conflit d'abutement fémoro-acétabulaire de la hanche droite probable.

[91] Il suggère une consultation en orthopédie surspécialisée dans les pathologies de la hanche pour vérifier si une chirurgie est indiquée.

[92] Il retient des limitations fonctionnelles temporaires suivantes pour six mois :

- Éviter toutes activités impliquant de sauter, courir et grimper;
- Éviter les tâches nécessitant la marche sur terrain plat plus de 30 minutes à la fois;
- Éviter les tâches ou les activités nécessitant l'accroupissement fréquent ou répété.

[93] Il observe également une disproportion du phénomène douloureux chez la demanderesse⁴⁸.

[94] L'assureur considère que ces limitations n'empêchent pas la demanderesse d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle elle possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

[95] C'est ce qui explique que le 24 janvier 2020, l'assureur avise la demanderesse que le rapport d'expertise en orthopédie ne permet pas de la considérer incapable d'exercer tout emploi rémunérateur. Il indique que le versement de ses prestations se poursuit jusqu'au 31 janvier 2020, mais uniquement par mesure d'accommodement et qu'elles prendront fin à cette date.

[96] L'expertise du Dr Boivin constitue une preuve prépondérante que l'état de santé physique de la demanderesse ne la rend plus incapable d'occuper tout emploi rémunérateur tel que défini au contrat.

[97] L'assureur mandate aussi un expert en chirurgie orthopédique, le Dr Jean Cournoyer, qui prépare un rapport le 21 janvier 2025⁴⁹.

[98] La révision du dossier médical de la demanderesse révèle aussi une consultation avec le Dr Étienne Belzile, un orthopédiste spécialiste de la hanche en février 2021. La demanderesse ne sera pas référée pour une chirurgie.

[99] Le Dr Cournoyer émet les limitations fonctionnelles suivantes en lien avec sa condition orthopédique :

⁴⁷ Pièce P-9.

⁴⁸ Pièce P-9, p. 47.

⁴⁹ Pièce D-10.

- Éviter un travail qui nécessite l'usage fréquent d'escaliers;
- Éviter de faire un travail qui nécessite de travailler en position accroupie ou à genou;
- Éviter de faire un travail qui nécessite de se tenir debout ou marcher pour une période de plus de 30 minutes d'affiliée, doit pouvoir prendre une pause de 5 minutes et ensuite repartir pour un autre 30 minutes au besoin;
- Éviter de faire un travail qui nécessite de se déplacer en terrain inégal, glissant, parsemé d'obstacles ou en pente.

[100] Il est d'avis qu'aucun traitement ne peut être offert et qu'aucune chirurgie n'est nécessaire. Il est également d'opinion que la demanderesse n'a pas une incapacité totale à occuper un emploi en lien avec la condition orthopédique.

[101] Le 25 avril 2025, Sandy Vignola Pétrin, conseillère d'orientation, réalise une expertise en employabilité⁵⁰.

[102] Elle tient compte des limitations fonctionnelles émises par le Dr Cournoyer ainsi que la scolarité, les expériences professionnelles ainsi que les connaissances et compétences de la demanderesse, ses intérêts et le salaire à atteindre en fonction de la définition de l'invalidité totale.

[103] Madame Vignola Pétrin identifie des emplois qui respectent la situation de la demanderesse et qui peuvent lui procurer un salaire d'au moins 80 % du salaire qu'elle gagnait au moment de son invalidité.

[104] Ces expertises démontrent, de façon prépondérante, que la condition orthopédique de la demanderesse ne l'empêche pas d'occuper tout emploi rémunérateur et que la garantie d'assurance ne trouve plus application.

➤ **La condition psychiatrique**

[105] L'avis de décision du 24 janvier 2020, qui met fin aux prestations d'invalidité, ne fait aucune mention de l'incapacité de la demanderesse en lien avec sa condition psychiatrique.

[106] Quelles sont donc les informations contemporaines à la période de ce refus, qui permettent à l'assureur d'établir, par une preuve prépondérante, que la condition psychiatrique de la demanderesse a changé et ne rencontre plus les critères d'invalidité totale prévue au contrat ?

[107] Le Tribunal est d'avis que cette preuve est inexistante, ou à tout le moins insuffisante pour rencontrer son fardeau de preuve.

[108] Le 1^{er} février 2017, l'agente d'indemnisation note que le dernier rapport médical reçu du psychiatre traitant, le Dr Antoine Roberge-Tremblay, remonte au mois d'octobre

⁵⁰ Pièce D-29.

2016 et il mentionne sous la rubrique potentiel de retour au travail, un équilibre précaire et peu de potentiel de retour au travail à moyen terme.

[109] Sous la rubrique programme de réadaptation, il est mentionné : « non, trop précaire au niveau de l'humeur actuellement, arrive tout juste à fonctionner à la maison⁵¹. »

[110] Le Dr Antoine Roberge-Tremblay, psychiatre assure le suivi de la demanderesse du 16 septembre 2014 jusqu'au mois de novembre 2017.

[111] La note médicale produite par le Dr Roberge-Tremblay le 26 septembre 2017, rapporte « énormément de variation de son état psychologique depuis le dernier rendez-vous en juillet. Elle nous explique qu'elle va un peu mieux actuellement, mais nous constatons rapidement en entrevue aujourd'hui que le discours est un peu sous pression, qu'elle est facilement distraite et sub-euphorique. Nous constatons effectivement un état d'hypomanie actuellement, sans évidence de symptôme psychotique. »⁵².

[112] Le médecin traitant suspecte un événement de psychose récent, mais à l'examen, il ne rapporte pas de dangerosité grave et immédiate justifiant une hospitalisation contre son gré.

[113] La preuve médicale la plus contemporaine à la décision du 24 janvier 2020 est une évaluation psychiatrique de la Dre Catherine Morin en date du 23 janvier 2018⁵³. À la section diagnostics, elle fait mention de ce qui suit :

« Maladie affective bipolaire de type I qui est asymptomatique pendant cette entrevue, mais précaire car symptômes présents l'automne dernier selon notes du Dr Roberge-Tremblay, plus stressés à venir et Mme refuse catégoriquement la médication. TDAH qui est également stable. »⁵⁴

[114] La Dre Morin rencontre pour la première fois la demanderesse qui a requis de changer de psychiatre, puisqu'elle est insatisfaite de son psychiatre traitant, le Dr Antoine Roberge-Tremblay.

[115] Ce rapport ne confirme pas à l'assureur que l'état d'incapacité résultant de la maladie est résorbé. Au contraire, il soulève une précarité dans la symptomatologie.

[116] Suivant ce rapport, la preuve médicale est inexistante quant à la condition psychiatrique de la demanderesse puisqu'elle cesse tout suivi à l'égard de cette condition.

⁵¹ Pièce P-1, p.5.

⁵² Pièce D-3.

⁵³ Pièce D-17, page 469 à 472.

⁵⁴ Pièce D-17, page 471-472.

[117] Le fardeau de démontrer que la condition médicale de la demanderesse ne rencontre plus la définition d'invalidité totale prévue au deuxième volet repose sur l'assureur, considérant qu'il indemnise déjà la demanderesse pour ce risque.

[118] L'assureur avait donc l'obligation de vérifier si l'état d'incapacité psychologique de la demanderesse répondait toujours à la définition d'invalidité totale prévue au contrat d'assurance.

[119] Cette obligation est-elle maintenue malgré les informations transmises par la demanderesse en octobre 2017⁵⁵ à l'effet qu'elle ne souffre plus de cette condition ?

[120] En vertu des règles d'interprétation du contrat, il faut répondre à cette question par l'affirmative.

[121] Le contrat qui lie les parties comprend la commune intention de protéger et d'assurer une sécurité financière à l'assuré dans l'éventualité où son état de santé l'empêche de travailler.

[122] Les auteurs Hubert et Simon Reid dans leur ouvrage *Dictionnaire de droit québécois et canadien* définissent l'assurance-invalidité comme une assurance ayant pour objet de garantir le paiement d'une pension à une personne qui, par suite d'un accident ou de maladie, est incapable d'exercer de manière durable, en tout ou en partie, ses activités professionnelles.⁵⁶

[123] L'intention d'être protégé financièrement en cas de maladie doit donc guider l'interprétation du contrat d'assurance qui doit être interprété de façon large et libérale en faveur de l'adhérent.

[124] Le fardeau de l'assureur doit être apprécié à la lumière de ces principes généraux d'interprétation du présent contrat.

[125] La preuve médicale prépondérante au dossier de l'assureur au moment où il rend sa décision de ne plus indemniser la demanderesse ne révèle pas que la condition psychiatrique de la demanderesse est résolue.

[126] L'assureur ne mène aucune enquête pour s'enquérir de l'état psychiatrique de la demanderesse, outre les affirmations de cette dernière qu'elle va mieux depuis qu'elle a cessé sa médication.

[127] Ces affirmations ne suffisent pas à relever l'assureur de son fardeau de démontrer, selon la balance des probabilités, que la maladie psychiatrique de la demanderesse est résolue.

⁵⁵ Pièce P-1, p. 11 (note du 18 octobre 2017 et du 2 novembre 2017); Pièce D-4.

⁵⁶ Reid, Hubert et Reid, Simon, *Dictionnaire de droit québécois et canadien: avec table des abréviations et lexique anglais-français*, 6^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur, 2023, p.60.

[128] Les affirmations de la demanderesse ne constituent pas une assise factuelle prépondérante qui rend la résolution de sa maladie plus probable que le maintien de son existence.

[129] Par conséquent, l'assureur n'est pas justifié de cesser le versement des prestations d'assurance invalidité le 24 janvier 2020 sans avoir la preuve que la condition psychiatrique de la demanderesse a changé.

2. Est-ce que la défenderesse est justifiée d'appliquer les clauses d'exclusions prévues au contrat d'assurance ?

[130] Partant du constat que l'assureur ne s'est pas déchargé de son obligation de démontrer que la condition médicale de la demanderesse ne répondait plus à la garantie contractuelle, il faut maintenant analyser s'il peut s'appuyer sur les clauses d'exclusions prévues au contrat pour mettre fin à la garantie d'assurance.

[131] L'assureur soutient que la demanderesse a cessé sa médication et tout suivi médical pour sa condition psychiatrique. Il soutient que, ce faisant, la demanderesse perd le bénéfice de la garantie en raison de l'application des clauses d'exclusions du contrat qui prévoient son obligation de demeurer sous les soins d'un médecin.

[132] Les clauses d'exclusions contenues au contrat d'assurance se lisent comme suit :

« 7.6 Exclusions

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

(...)

7.6.6 Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, à moins que le médecin n'atteste, à la satisfaction de l'Assureur, que la condition médicale de l'adhérent est stable.

7.6.7 Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent ne reçoit pas les soins pertinents et adéquats requis pour la blessure ou la maladie ayant causé l'invalidité totale et recommandés par le médecin traitant. »

[133] Tel que la Cour d'appel l'a indiqué dans *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, ce type de clause est un moyen pour les assureurs de prévoir l'obligation pour l'assuré de mitiger ses dommages :

[50] L'exigence d'un suivi médical continu et d'un traitement est l'une de ces façons, variation sur un thème connu, et le contrat d'assurance peut donc exiger que la condition invalidante traitable soit, de fait, traitée, du moins par des moyens raisonnables. Ce genre d'exigence contractualise, en quelque sorte, et adapte au contexte de l'assurance l'obligation de mitigation qui incombe autrement à l'assuré (art. 1479 C.c.Q.), obligation qu'a reconnue notre cour dans *Lebel c. 9067-1959 Québec inc.*, en matière d'assurance de dommages, ou encore dans *Mutuelle du Canada, Compagnie d'assurance sur la vie c. Ouellet*, en matière d'assurance invalidité. Dans cette dernière affaire, le juge Beaugard, aux motifs duquel souscrivent les juges Tourigny et Dussault, conclut ce qui suit dans le cas d'une police ne comportant aucune stipulation semblable à celle de l'espèce :

La police ne comporte pas de stipulation à cet égard. J'accepte qu'est implicite au contrat l'obligation pour l'assuré de se faire soigner comme le ferait tout homme raisonnable, mais je ne suis pas persuadé que, dans les circonstances où l'intimé se trouve, l'intimé n'agit pas comme un homme raisonnable. A priori l'opération chirurgicale qui fut recommandée à l'intimé ne semble pas une mince affaire de sorte que je suis d'opinion que la charge de la preuve quant au fait que l'intimé abuserait de ses droits incombait à l'appelante.⁵⁷

[Nous soulignons]

[134] L'objectif derrière l'obligation de mitiger ses dommages, codifiée par l'article 1479 C.c.Q., est d'assurer une certaine équité et d'éviter qu'un abus soit commis par un créancier de mauvaise foi, qui négligerait de minimiser ses dommages parce qu'il est de toute façon assuré d'être indemnisé⁵⁸.

[135] Dans le contexte des contrats d'assurance-invalidité, ces clauses d'exclusion visent à s'assurer que l'adhérent ne puisse, par ses agissements ou faits personnels, de façon déraisonnable ou de mauvaise foi, recevoir la couverture de la garantie qui autrement aurait pu cesser en raison d'un traitement adéquat des symptômes de la maladie lui permettant de développer des capacités de travail⁵⁹. L'assuré ne peut donc maintenir son droit à des prestations en décidant de ne pas suivre le traitement médical indiqué pour traiter sa condition.

➤ Fardeau de preuve

[136] Le fardeau de prouver que le risque réalisé fait l'objet d'une exclusion de garantie repose sur l'assureur⁶⁰. La Cour suprême le résume comme suit dans *Ledcor Construction Ltd. c. Société d'assurance d'indemnisation Northbridge* :

[52] [...] [L']assuré a le fardeau d'établir en premier lieu que le dommage ou la perte faisant l'objet de la réclamation relevait de la garantie initiale. [...] Il y a alors déplacement du fardeau de la preuve et l'assureur doit établir que l'une des exclusions de la garantie s'applique. S'il y parvient, le fardeau de la preuve se déplace à nouveau et il incombe à l'assuré de prouver qu'une exception à l'exclusion s'applique [...]. [...]⁶¹

⁵⁷ *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, 2023 QCCA 1094, par. 50, citant *Mutuelle du Canada, Compagnie d'assurance sur la vie c. Ouellet*, J.E. 91-5, p. 33 (C.A.).

⁵⁸ *Axa Assurances inc. c. Assurances générales des Caisses Desjardins inc.*, 2009 QCCS 862, par. 191. (appel rejeté, 2011 QCCA 584). Voir aussi : Vincent KARIM, *Les obligations*, 6^e éd., volume 1 (art. 1371 à 1496), Montréal, Wilson & Lafleur, 2024, 2 170 par. 4587.

⁵⁹ *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, 2023 QCCA 1094, par. 51 et 52.

⁶⁰ Art. 2803 al. 2 C.c.Q.; *Meale c. Zurich compagnie d'assurance*, 1998 CanLII 12767 (C.A.), cité dans *Lebel c. Groupe Ledor, société mutuelle d'assurances*, 2012 QCCS 4504, par. 71 (appel sur d'autres motifs, rejeté, 2014 QCCA 1309; demande d'autorisation d'appel rejetée, C.S.C., 2015-03-12, 36084). Voir aussi D. LLUELLES, *Droit des assurances terrestres*, 6^e éd., Montréal, Thémis, 2017, par. 306-307, citant *Mutuelle du Canada, compagnie d'assurance sur la vie c. Aubin*, [1979] 2 R.C.S. 298, 301.

⁶¹ *Ledcor Construction Ltd. c. Société d'assurance d'indemnisation Northbridge*, 2016 CSC 37, par. 52.

[137] Il incombe donc à l'assureur d'établir que la clause d'exclusion de la garantie s'applique.

[138] Le 5 octobre 2017, dans une lettre qu'elle adresse à l'assureur, la demanderesse l'informe de l'abandon de sa médication pour la maladie bipolaire⁶². Elle mentionne qu'elle a cessé toute médication en novembre 2016 pour fonder une famille et préparer une grossesse.

[139] Le 2 novembre 2017, elle parle également avec l'agente d'indemnisation pendant deux heures et lui mentionne avoir décidé en novembre 2016, de façon libre et éclairée, de cesser la médication et elle mentionne aller mieux depuis ce temps⁶³. Du même souffle, elle mentionne avoir eu un épisode psychotique en juillet 2017 lorsqu'elle était à Belleville, en Ontario.

[140] La demanderesse reconnaît donc, à ce moment, qu'elle ne se soumet plus à un suivi médical et qu'elle ne reçoit aucun traitement médical pour sa condition psychiatrique.

[141] Ainsi, à priori, l'assureur est justifié d'appliquer la clause d'exclusion, puisque la demanderesse ne reçoit pas les soins pertinents et adéquats recommandés par le médecin traitant et requis pour sa maladie bipolaire ayant causé son invalidité totale.

3. La demanderesse peut-elle écarter l'exclusion de garantie ?

[142] L'assureur ayant démontré l'application de la clause d'exclusion de garantie, le fardeau de la preuve se déplace à nouveau et il incombe maintenant à la demanderesse de démontrer, par prépondérance de preuve, une exception à l'application de la clause d'exclusion.

[143] La Cour suprême nous enseigne que l'obligation de mitiger ses dommages est une obligation de moyens, et non de résultat, qui s'apprécie selon les circonstances de la personne sur laquelle elle repose. Dans l'arrêt *Laflamme c. Prudential-Bache Commodities Canada Ltd.*, elle traite comme suit de cette question⁶⁴ :

« le droit civil impose au créancier l'obligation de minimiser les dommages. Cette obligation, maintenant codifiée à l'art. 1479 C.c.Q., exige du créancier qu'il évite l'aggravation du risque «en prenant les mesures qu'aurait prises, dans les mêmes circonstances, une personne raisonnablement prudente et diligente» (Baudouin et Deslauriers, op. cit., no 1256). Il y a donc lieu de tenir compte des circonstances propres à chaque situation dans l'évaluation de ce qui constitue le comportement attendu du créancier. »

[Nous soulignons]

⁶² Pièce D-4.

⁶³ Pièce P-1, p.11.

⁶⁴ *Laflamme c. Prudential-Bache Commodities Canada Ltd.*, 2000 CSC 26, par. 52.

[144] Dans *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, la Cour d'appel nous rappelle que cette interprétation a pour but d'éviter de faire peser sur l'adhérent une obligation trop lourde, qui, dans le contexte d'une obligation de subir des soins ou des traitements, le mènerait à devoir suivre des traitements déraisonnables :

« [51] Ce passage ne parle pas expressément de mitigation, mais l'on comprend que celle-ci en est implicitement le fondement : si l'assuré invalide peut subir un traitement de nature à favoriser sa réadaptation, alléger sa condition ou la guérir, il ne peut pas s'en abstenir, à moins, bien sûr, que le traitement soit peu utile, expérimental, risqué, disproportionné, ou autrement déraisonnable (comme c'était le cas dans l'arrêt *Ouellet* ci-dessus). Et c'est bien cette obligation qui fait partie intégrante du présent contrat d'assurance liant les parties, par le truchement des clauses 1(9) et 7(4) ci-dessus. »⁶⁵

[Nous soulignons]

[145] Appliquant les règles d'interprétation voulant que l'intention générale des parties contractantes est de protéger l'adhérent contre l'invalidité causée par sa maladie, il faut éviter de faire peser sur l'adhérent une obligation excessive en le contraignant à se soumettre à tout traitement ou soin, peu importe ses circonstances personnelles.

[146] Quelles sont les circonstances personnelles de la demanderesse qui peuvent lui permettre de se soustraire à la clause d'exclusion ?

[147] L'assureur prétend qu'il n'en existe aucune, puisque la demanderesse est informée par son psychiatre traitant, Dr Roberge-Tremblay le 26 septembre 2017, que la cessation de ses traitements entraînera l'application de la clause d'exclusion et la fin de ses prestations⁶⁶. Il mentionne également : « Bien que Mme Gauthier prenne de très mauvaises décisions par rapport à ses soins en lien avec sa condition psychiatrique, elle ne rencontre pas les critères de l'incapacité au sens strict de la loi. »⁶⁷

[148] L'assureur soutient également que le Dr Michel Gil, expert psychiatre qui a procédé à une expertise psychiatrique de la demanderesse le 9 janvier 2025, témoigne que la demanderesse ne répond pas aux critères d'incapacité prévus à l'article 16 C.c.Q. en raison de son intelligence supérieure et de ses connaissances en médecine. Par conséquent, il affirme qu'elle est apte à comprendre les conséquences de cesser ses traitements et son suivi médical sur ses prestations d'invalidité.

[149] Ce faisant, l'assureur applique erronément les règles d'interprétation qui s'applique au contrat d'assurance et impose un fardeau indu à la demanderesse pour démontrer que la clause d'exclusion doit être écartée.

[150] Le fardeau qui repose sur la demanderesse est plutôt de démontrer si une personne raisonnable, placée dans les mêmes circonstances qu'elle, serait en mesure d'assurer son suivi médical⁶⁸.

⁶⁵ *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, 2023 QCCA 1094, par. 51.

⁶⁶ Pièce D-3.

⁶⁷ Id.

⁶⁸ *Lebel c. 9067-1959 Québec inc.*, 2014 QCCA 1309, par. 44.

[151] Voyons toutefois ce que révèle la preuve médicale.

[152] La demanderesse est non représentée. Elle a consulté des avocats avant l'introduction des procédures, mais elle se représente seule depuis le début de l'instance.

[153] La demanderesse nie souffrir d'une condition psychiatrique. Elle conteste l'avis de ses médecins traitants qui indiquent qu'elle souffre d'une maladie bipolaire.

[154] Elle soumet avoir souffert d'un choc post-traumatique (PTSD) à l'été 2008 après avoir subi une agression à son domicile par un installateur de câble. Elle affirme que les symptômes de son PTSD sont réapparus lors de son travail en médecine interne lorsqu'elle a subi des injustices de la part de ses supérieurs.

[155] Elle soumet avoir alors souffert d'anxiété et de dépression, lesquelles sont à l'origine de son incapacité qui a donné lieu à l'application de la garantie. Elle nie que le diagnostic de maladie bipolaire soit en lien avec son incapacité totale à occuper un emploi rémunérateur.

[156] Malgré ses prétentions, le tribunal ne peut passer outre à la preuve médicale contenue au dossier et fournie par l'assureur.

[157] La demanderesse rencontre le Dr Michel Gil, psychiatre, à la demande de l'assureur le 10 mars 2025. Ce dernier dresse l'historique de la maladie bipolaire de la demanderesse⁶⁹.

[158] La demanderesse consulte pour la première fois à l'urgence psychiatrique, le 7 juin 2001. Aucun diagnostic n'est établi. Elle consulte à plusieurs reprises pour différents événements reliés à des idées suicidaires, à une humeur dépressive ainsi qu'une psychose en décembre 2008.

[159] Elle est hospitalisée quelques semaines au printemps 2009 et elle sera placée deux fois en garde préventive cette année-là.

[160] Elle sera également hospitalisée deux fois durant l'année 2011.

[161] Le 7 mai 2012, un autre épisode de psychose est diagnostiqué.

[162] Le diagnostic d'un trouble bipolaire de type 1 à cycles rapides est émis pour la première fois le 4 octobre 2012 par la Dre Stéphanie Imbeault, psychiatre.

[163] Les hospitalisations sont fréquentes en raison de sa maladie et elles sont parfois faites contre son gré en vertu d'ordonnances de garde en établissement.

⁶⁹ Pièce D-12, p. 7 à 19.

[164] L'arrêt de la médication est fréquent. On note un arrêt des neuroleptiques le 30 octobre 2012. Elle refuse également de continuer la médication injectable en novembre 2014.

[165] En septembre 2014, son psychiatre produit un rapport en lien avec des accusations criminelles de voies de fait à l'égard du personnel infirmier.

[166] À l'automne 2015, sa condition psychiatrique se stabilise, ce qui lui permet d'être libérée par le Tribunal administratif du Québec, suivant un rapport de son psychiatre traitant, le Dr Antoine Roberge-Tremblay.

[167] Le 17 décembre 2015, le Dr Roberge-Tremblay considère la demanderesse apte à effectuer un retour progressif au travail alors qu'elle est médicamentée. Cette stabilité se maintient pour quelques mois, mais à l'automne 2016, les symptômes réapparaissent.

[168] Le 3 avril 2017, la demanderesse informe son psychiatre qu'elle est enceinte et qu'elle a cessé, sans l'informer, tous ses médicaments prescrits pour sa maladie bipolaire. Elle refuse de recommencer à prendre sa médication.

[169] Ses problèmes de santé liés à la maladie bipolaire reviennent à compter du mois de juin 2017. Elle refuse de reprendre la médication depuis ce temps.

[170] L'histoire de la maladie bipolaire de la demanderesse démontre qu'elle souffre depuis longtemps de cette condition et que malgré certaines courtes périodes où elle est en mesure de fonctionner dans ses activités de la vie quotidienne, son parcours est parsemé de problèmes sérieux de santé et de comportements liés à la maladie bipolaire.

[171] Le Tribunal est d'avis qu'il est déraisonnable d'imposer à la demanderesse, en raison de sa maladie, l'obligation d'assurer un suivi médical alors que les symptômes de la maladie dont elle souffre l'empêchent de reconnaître sa maladie et de ce fait, d'en assurer le suivi. Le refus de traitement de la demanderesse est indissociable des symptômes mêmes liés à cette maladie.⁷⁰

[172] Par analogie, il est pertinent de citer les propos de la Cour suprême dans l'affaire *Janiak c. Ippolito* :

« L'autre élément dont il faut tenir compte pour déterminer si le critère objectif du caractère raisonnable s'applique à la décision prise par le demandeur prétendument vulnérable est la nature de l'infirmité psychologique préexistante. Il est évident qu'on ne peut pas dire que tous les états d'esprit préexistants équivalent à une vulnérabilité psychologique. Il me semble qu'il faut faire la distinction entre les demandeurs capables de prendre une décision rationnelle à

⁷⁰ Voir par analogie

propos de leur propre santé et ceux qui, à cause d'un état psychologique préexistant, sont incapables de prendre une telle décision.⁷¹

[Nous soulignons]

[173] Est-ce qu'une personne raisonnable, souffrant de la même maladie, serait incapable d'assurer son suivi médical en raison des symptômes de cette même maladie? Le Tribunal répond par l'affirmative.

[174] Le rapport d'expertise du Dr Gil, psychiatre, en date du 10 mars 2025, démontre que la demanderesse, en raison de sa maladie bipolaire active, ne peut reconnaître sa maladie et par conséquent, elle refuse les soins.⁷²

[175] Il fait mention que le jugement social et pratique de la demanderesse est affecté par l'intensité de ses convictions et une tendance interprétative prononcée.

[176] Il mentionne également :

« L'autocritique et l'insight sont absents par rapport à la condition psychiatrique, particulièrement chez une dame très intelligente qui avait presque terminé une résidence en médecine familiale.

La motivation et la fidélité au traitement sont nulles.

Le contrôle des impulsions est extrêmement fragile.

La fiabilité des réponses est mauvaise, avec une censure des contenus mentaux et une minimisation des symptômes psychiatriques. »

[177] Le Dr Gil confirme que le déni par la demanderesse de sa condition psychiatrique et son refus de traitement sont liés à sa maladie psychiatrique :

« 3. Le cas échéant, de déterminer si des soins sont requis en lien avec la maladie ou le trouble à la source de l'invalidité et si la demanderesse reçoit des soins pertinents et adéquats à cet égard.

D'un point de vue strictement psychiatrique, il serait essentiel que madame Gauthier fasse l'objet de traitements psychiatriques spécialisés, notamment pharmacologiques, avec médication stabilisatrice de l'humeur et/ou tranquillisants neuroleptiques.

Madame devrait être également prise en charge par le département de psychiatrie du secteur.

En raison d'une anosognosie et un très faible insight sur sa condition psychiatrique, madame Gauthier ne reçoit aucune forme de traitement requis par sa condition.

Il s'agit, de mon point de vue, de la situation malheureuse d'une personne qui se réclame d'une incapacité à travailler en raison d'une condition médicale (qui ne semble pas avoir été confirmée par les expertises en orthopédie et rhumatologie).

⁷¹ Janiak c. Ippolito, [1985] 1 R.C.S. 146, p. 159.

⁷² Pièce D-12.

mais en même temps, est clairement inapte à réintégrer le marché du travail en raison d'une condition psychiatrique qu'elle nie.⁷³ »

[Nous soulignons]

[178] La défenderesse n'a pas fait la démonstration que le refus de traitement ou de soins de la demanderesse constitue un comportement déraisonnable, apprécié à la lumière de ses circonstances personnelles.

[179] Pour établir les circonstances propres à la demanderesse, la défenderesse cherche à établir que celle-ci était apte au moment de son refus de continuer de suivre son traitement. En procédant ainsi, la défenderesse écarte les conclusions de l'expertise qui conclut à l'existence de troubles de santé psychiatriques qui mènent à son déni de la maladie et donc à son refus de traitement.

[180] Or, l'aptitude ou non de la demanderesse ne constitue pas le seul critère pertinent pour déterminer le caractère raisonnable de son refus.

[181] C'est la condition psychiatrique de la demanderesse qui doit servir de point de départ à l'analyse des circonstances personnelles de la demanderesse et, partant, du caractère raisonnable ou non de son refus, et non l'analyse de son inaptitude légale à consentir aux soins requis par son état.

[182] Le Dr Gil confirme qu'il est fréquent pour quelqu'un souffrant de la pathologie psychiatrique de bipolarité de nier sa condition et de refuser son traitement (anosognosie). C'est précisément un effet de la maladie pour laquelle elle recevait des prestations d'invalidité en premier lieu.

[183] Ainsi, par la négation involontaire de sa maladie bipolaire, la demanderesse démontre que la clause d'exclusion doit être écartée. Elle est incapable de mitiger ses dommages, puisque son refus de soin est un symptôme de la maladie qui la rend incapable d'assurer son suivi médical et ses traitements pour cette maladie.

[184] Le Tribunal est d'avis qu'il s'agit d'une réalisation du risque pour lequel la demanderesse a adhéré à l'assurance-invalidité en premier lieu.

[185] De plus, l'assureur est informé depuis le 5 octobre 2017 que la demanderesse a cessé tout traitement pour sa condition psychiatrique. La note de l'agent d'indemnisation, David Richard, confirme que malgré l'absence de traitement et de suivi médical pour cette condition connue depuis cette date, l'admissibilité à des prestations lui est quand même reconnue⁷⁴.

[186] En effet, l'assureur accepte, le 19 février 2020, de reconnaître sa condition psychiatrique à titre de diagnostic couvert par le deuxième volet de l'assurance invalidité, malgré le fait qu'elle n'a pas de suivi ou de traitement médical depuis plus de

⁷³ Rapport d'expert du Dr Gil datant du 9 janvier 2025, p. 33.

⁷⁴ Pièce P-1, p. 17.

trois ans. Il ne peut ensuite invoquer ce défaut de suivi et de traitement pour mettre fin à la garantie.

[187] Le Dr Gil, expert de l'assureur, confirme que la demanderesse est toujours porteuse d'une maladie bipolaire active en date du mois de mars 2025. Il mentionne que son examen psychiatrique est clairement anormal et hautement suggestif de la présence active des conditions psychiatriques déjà documentées à son dossier depuis 2001. Il est d'avis que la demanderesse rencontre les critères d'invalidité totale prévue à son contrat d'assurance en ces termes :

« Au vu des anomalies objectivées à l'examen mental, la sévérité et la chronicité de la condition et de l'illustration des impacts de la condition psychiatrique sur l'interaction avec le système de santé et le système légal, il me paraît manifeste que madame Gauthier est encore affectée d'une condition psychiatrique sévère, chronique et invalidante. »⁷⁵

[188] L'absence de suivi médical confirmé à l'audition par la demanderesse pour sa condition psychiatrique depuis l'expertise en mars 2025, démontre par prépondérance, que sa condition n'est pas résolue à ce jour.

[189] Par conséquent, la demanderesse doit bénéficier de la garantie contractuelle et elle doit recevoir ses prestations d'invalidité, rétroactivement au 1^{er} février 2020.

➤ **La demande de versement des prestations en une somme forfaitaire**

[190] Les prestations de la demanderesse ne peuvent être versées en un seul versement. Les dispositions du contrat lient les parties et elles ne prévoient pas cette option. Par conséquent, les prestations futures seront versées mensuellement, en conformité avec l'article 7 du contrat d'assurance⁷⁶.

4. La demanderesse est-elle justifiée de réclamer des dommages contre la défenderesse ?

4.1 Les dommages moraux

[191] La demanderesse réclame la somme de 75 000 \$ à titre de dommages moraux pour les périodes où la défenderesse a cessé de lui verser des prestations d'assurance-invalidité.

[192] Elle soutient que les décisions rendues par l'assureur qui mettent fin à ses prestations sont injustifiées et relèvent d'un traitement déficient de son dossier. Elle qualifie ces décisions d'arbitraires.

[193] Elle reproche à l'assureur des délais déraisonnables dans le traitement de ses demandes de révision des décisions lui refusant des prestations, lesquelles entraînent la cessation de ses prestations pour une longue période.

⁷⁵ Pièce D-12, p. 33.

⁷⁶ Pièce D-1, p.46.

[194] Elle avance que l'arrêt des prestations lui a causé des difficultés personnelles, psychologiques et financières déraisonnables, entraînant une atteinte à sa dignité et à son honneur. Elle soutient que l'attente des décisions était génératrice d'un grand stress émotionnel pour elle.

[195] Finalement, elle conteste également la quantité de documents et preuve médicale exigée par l'assureur.

[196] Elle fait valoir que son contrat d'assurance invalidité vise à lui procurer la tranquillité d'esprit et lui confère un avantage psychologique particulier pour la prémunir contre les risques financiers en cas de maladie l'empêchant d'occuper son emploi. Elle soutient que l'assureur a fait défaut de respecter cette obligation en refusant de l'indemniser.

[197] L'assureur soutient que les délais encourus ne sont pas déraisonnables. Il soumet avoir été diligent et avoir agi dans le respect de ses obligations contractuelles. Il allègue également que les documents médicaux exigés à la demanderesse étaient justifiés et qu'ils relèvent des obligations de l'assurée de fournir la preuve médicale justifiant son invalidité, dans le cadre de son devoir de collaboration avec l'assureur.

4.1.1. Principes juridiques

[198] L'article 1613 C.c.Q. édicte ce qui suit:

1613 : En matière contractuelle, le débiteur n'est tenu que des dommages-intérêts qui ont été prévus ou qu'on a pu prévoir au moment où l'obligation a été contractée, lorsque ce n'est point par sa faute intentionnelle ou par sa faute lourde qu'elle n'est point exécutée; même alors, les dommages-intérêts ne comprennent que ce qui est une suite immédiate et directe de l'inexécution.

[199] L'article 1617 C.c.Q. précise ce qui suit :

1617 : Les dommages-intérêts résultant du retard dans l'exécution d'une obligation de payer une somme d'argent consistent dans l'intérêt au taux convenu ou, à défaut de toute convention, au taux légal.

Le créancier y a droit à compter de la demeure sans être tenu de prouver qu'il a subi un préjudice.

Le créancier peut, cependant, stipuler qu'il aura droit à des dommages-intérêts additionnels, à condition de les justifier.

[200] L'article 1375 C.c.Q. prévoit que la bonne foi doit gouverner la conduite des parties tant au moment de la naissance de l'obligation qu'à celui de son exécution ou de son extinction.

[201] L'assureur est tenu, en sus du respect des obligations contenues à la police d'assurance et des dispositions impératives de la loi, d'exercer ses droits dans le

respect de l'obligation de bonne foi qui s'impose dans le contexte de la relation entre un assureur et un assuré. Il a l'obligation contractuelle de gérer les réclamations de bonne foi et de manière objective⁷⁷.

[202] Dans l'affaire *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*⁷⁸, la Cour d'appel précise que les enseignements établis dans l'affaire *Barrette c. Union canadienne (L'), compagnie d'assurances*⁷⁹ en matière d'assurance de biens sont transposables en matière d'assurance invalidité, lesquels précisent ce qui suit :

[69] Le contrat d'assurance en est un qui oblige les parties à agir avec la plus haute bonne foi, un standard encore plus élevé que celui bien connu de la bonne foi qui est codifié aux articles 6, 7 et 1375 C.c.Q. Cette obligation s'applique autant à l'assureur qu'à l'assuré, de la souscription du contrat d'assurance jusqu'au traitement des réclamations.

[70] En matière d'indemnisation, ce devoir d'agir selon la plus haute bonne foi implique que l'assureur doit garder l'esprit ouvert à tous les faits du dossier et agir selon ceux-ci et non selon ses impressions. Ceci nécessite que son enquête soit complète et, comme le mentionne le professeur Jean-Guy Bergeron, qu'elle tienne compte des preuves additionnelles fournies par l'assuré.⁸⁰

[203] Néanmoins, la décision d'un assureur de cesser des prestations d'invalidité ne constitue pas, en soi, un acte fautif et ce, même s'il est injustifié.

[204] La Cour d'appel dans l'affaire *Bédard Martin c. Intact Compagnie d'assurance inc.*⁸¹ mentionne ce qui suit :

[110] Néanmoins, le refus de l'assureur d'indemniser l'assuré ne sera pas nécessairement fautif même s'il est injustifié. En effet, l'auteur Didier Lluellas écrit que « la preuve d'un manquement contractuel n'équivaut pas automatiquement à la preuve d'un manquement aux exigences de la bonne foi », comme il est possible de le voir lorsque « l'assureur, qui refuse de payer l'indemnité en cas de sinistre [...] croit sincèrement avoir raison dans son refus, même s'il se trompe. Il sera sûrement condamné à verser l'indemnité prévue par la police, mais ne subira pas, pour autant, de condamnations à des dommages pour manquement à la bonne foi ».

[111] On doit plutôt prouver « l'existence d'une faute caractérisée de l'assureur dans le traitement de la réclamation de l'assuré ». Par conséquent, il faut évaluer le comportement de l'assureur et, plus particulièrement, la teneur de son enquête.

[112] Les auteures Lemaire et Vachon-Therrien résument ainsi la portée de l'obligation incombant à l'assureur d'agir de bonne foi dans le traitement d'une réclamation :

⁷⁷ *Tardif c. Succession de Dubé*, 2018 QCCA 1639, par. 75.

⁷⁸ *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, 2023 QCCA 1094, par.

⁷⁹ *Barrette c. Union canadienne (L'), compagnie d'assurances*, 2013 QCCA 1687.

⁸⁰ Id. par.69 et 70.

⁸¹ *Bédard Martin c. Intact Compagnie d'assurance inc.*, 2024 QCCA 730, par. 110 à 112.

1. L'assureur doit évaluer la réclamation et agir dans sa gestion de celle-ci de façon prudente et diligente à la manière d'un assureur raisonnable. Son obligation en est une de moyens;
2. Il doit procéder à une évaluation objective du dossier, en tenant compte des risques liés à une mauvaise évaluation de sa part;
3. Il doit évaluer la réclamation de façon impartiale et fonder sa décision sur une interprétation raisonnable;
4. Il doit garder l'esprit ouvert à tous les faits du dossier;
5. L'assureur doit exposer clairement ses motifs de négation;
6. L'assureur doit gérer les situations de conflits d'intérêts.⁸²

[Renvoi omis]

[205] Par ailleurs, la question de savoir s'il convient de reconnaître un préjudice moral découlant d'une simple inexécution du contrat, par la simple cessation des prestations, sans être assortie d'une faute de l'assureur, reste controversée en jurisprudence.

[206] Pour accorder des dommages moraux sur cette base, il faut importer les enseignements établis par la Cour suprême dans l'affaire *Fidler*⁸³ qui relève de la *common law*.

[207] À ce jour, la Cour d'appel ne s'est pas prêtée à l'étude de la question de la transposition des règles établies dans cet arrêt au droit québécois. Elle a tout de même émis une réserve à procéder à une telle transposition de ces règles, précisant que l'article 1617 C.c.Q. serait un obstacle à l'octroi de dommages autre que l'intérêt dans ces situations, sauf stipulation contraire⁸⁴.

4.1.2. Appréciation

[208] Le contrat qui lie les parties ne prévoit pas l'octroi de dommages-intérêts en cas d'inexécution contractuelle. La demanderesse doit donc démontrer une faute de l'assureur dans l'exécution de ses obligations.

[209] Dans les circonstances particulières de la présente affaire, la simple cessation des prestations ne peut constituer une faute de l'assureur.

[210] La demanderesse a, à plusieurs reprises, avisé l'assureur qu'elle ne souffrait plus des problèmes psychologiques pour lesquels elle était indemnisée.

⁸² Valérie Lemaire et Renée-Maude Vachon-Therrien, « La portée de l'obligation de bonne foi de l'assureur dans le traitement des réclamations », dans L'assurance de dommages – Deuxième colloque, Collection Blais, vol. 22, 2015, EYB2015CBL84, p. 6-7.

⁸³ *Fidler c. Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie*, 2006 CSC 30.

⁸⁴ *Desjardins Sécurité financière c. Hébert*, 2023 QCCA 1094, par.102 et 103.

[211] Le 2 novembre 2017, la demanderesse discute avec madame Sylvie Têtu, son agente d'indemnisation, pendant plus de deux heures. Elle explique à cette dernière qu'elle a cessé de façon libre et éclairée en novembre 2016 toute médication pour son état psychologique et, outre un épisode psychotique en juillet 2017, qu'elle va mieux depuis ce temps. Elle suggère pouvoir occuper un emploi en lien avec sa formation, notamment auprès d'une compagnie d'assurance selon les suggestions de sa sœur⁸⁵.

[212] Le 31 mai 2018, elle mentionne à l'assureur qu'elle n'est pas apte à travailler, mais cette fois-ci pour des raisons physiques et non psychologiques⁸⁶.

[213] Le 3 août 2018, la demanderesse mentionne ce qui suit :

« Aujourd'hui, avec les résultats de l'arthro-irm, je crois qu'il devient aisé de comprendre que les problèmes que je décrivais avaient, sans doute, été classés dans la « pile mentale » qui était adjacente à celle « de problèmes imaginaires? » ce qui a, avec raison, créé du stress pour moi et mon entourage en faisant en sorte que mon assurance-salaire a été terminé prématurément. En fait, malgré mon désir de me trouver un emploi même temporaire tel que noté par Dre Beaumont (chose faite soit au G7), je n'ai jamais pu appliquer même si j'avais tous les pré-requis et les intérêts car je ne pouvais pas marcher ni être debout même pour une si courte période (...). »⁸⁷

[214] C'est d'ailleurs la position que la demanderesse soutient toujours à l'audition.

[215] L'assureur investigate donc sur les problèmes physiques de la demanderesse à partir de ce moment qu'il traite comme une nouvelle condition.

[216] L'assureur procède à des évaluations par des médecins-conseils et une expertise en orthopédie pour analyser la condition physique de la demanderesse.

[217] Il agit de façon prudente et diligente à la manière d'un assureur raisonnable. Il a procédé à une évaluation objective du dossier et fondé sa décision sur une interprétation raisonnable de la condition physique.

[218] Quant à la condition psychiatrique, il a omis de procéder à une analyse et une évaluation de cette condition, mais on ne peut lui reprocher d'avoir agi de façon déraisonnable alors que la demanderesse lui communique plusieurs correspondances indiquant qu'elle ne souffre plus de symptômes psychiatriques.

[219] De plus, l'analyse du dossier d'indemnisation de la demanderesse démontre que les délais encourus dans le traitement des demandes d'indemnisation, de révision ou de plainte ne débordent pas du cadre normal de traitement de ces demandes.

[220] Regardons certains exemples relevés par la demanderesse.

⁸⁵ Pièce P-1, p.11.

⁸⁶ Pièce P-1, p.12.

⁸⁷ Pièce P-1, p. 13.

[221] La demanderesse conteste le délai pris par la défenderesse pour rendre la décision du 2 mars 2020⁸⁸. À cet égard, une première décision est rendue le 24 janvier 2020⁸⁹, refusant la demande de prestations de la demanderesse. La demanderesse conteste cette décision et la défenderesse rend sa décision en révision le 2 mars 2020. Insatisfaite de la décision de révision, la demanderesse porte plainte à la défenderesse le 21 avril 2020.

[222] Dans une décision détaillée rendue le 28 mai 2020⁹⁰, la défenderesse analyse l'historique des décisions rendues et de la preuve soumise depuis la cessation de travail de la demanderesse. Dans sa décision, la défenderesse indique les motifs pour lesquels la décision de révision ne sera pas modifiée.

[223] Le 7 juin 2020, la demanderesse dépose une nouvelle plainte dans laquelle elle demande de nouveau le réexamen de la décision de la défenderesse de maintenir son refus de l'indemniser⁹¹.

[224] Le 11 septembre 2020, la défenderesse répond à cette plainte et maintient son refus. La demanderesse se plaint du délai de plus de sept mois et demi qu'elle passe sans prestations.

[225] La demanderesse soulève que la défenderesse a délibérément et de façon répétée pris des semaines pour répondre à des communications importantes dans le processus du traitement de son dossier dans le mépris de ses obligations légales et dérogeant aux standards de conformité que tous les adhérents au contrat collectif sont en droit de s'attendre. Elle allègue avoir été maintenue captive dans un contexte coercitif⁹².

[226] Les délais de traitement des multiples contestations des décisions de l'assureur par la voie de demandes répétées de révision et de plaintes soumises par la demanderesse ne sont pas déraisonnables.

[227] Le dossier de la demanderesse s'est complexifié avec le temps. La demanderesse reçoit initialement des prestations pour une condition psychologique et plusieurs problématiques physiques sont ensuite soumises par la demanderesse pour soutenir la poursuite de ses prestations d'invalidité.

[228] Ces nouveaux diagnostics nécessitent, pour l'assureur, d'investiguer ces nouvelles informations.

[229] La collaboration de la demanderesse dans ce processus n'est pas entière et contribue aux délais de traitement et entraîne même parfois l'interruption de ses prestations.

⁸⁸ Pièce P-20.

⁸⁹ Pièce P-10.

⁹⁰ Pièce P-21.

⁹¹ Pièce P-22.

⁹² Paragraphe 23 de la demande introductive d'instance.

[230] C'est le cas lors de son absence au rendez-vous fixé avec le Dr Boivin, expert en orthopédie le 24 juillet 2019⁹³.

[231] Le 17 juillet 2019, la demanderesse avise l'assureur qu'il est improbable qu'elle puisse se présenter au rendez-vous médical avec le docteur Boivin⁹⁴. Elle ne précise pas le motif pour lequel elle risque de ne pas pouvoir s'y présenter.

[232] Le 8 août 2019, l'assureur avise la demanderesse qu'il cesse le versement des prestations en raison de son refus de se présenter au rendez-vous médical⁹⁵.

[233] Le même jour, la demanderesse avise l'assureur de son hospitalisation du 22 au 24 juillet 2019 en lien avec sa grossesse⁹⁶.

[234] Le 7 novembre 2019, l'assureur accepte de reprendre le versement des prestations d'invalidité rétroactivement du 1^{er} août 2019 jusqu'au 31 décembre 2019. La demanderesse a un nouveau rendez-vous avec le Dr Boivin, orthopédiste, pour le 16 décembre 2019⁹⁷.

[235] Cette interruption des prestations ne peut être imputée à l'assureur, puisqu'elle repose sur un défaut de la demanderesse de donner les motifs de son absence au rendez-vous médical et son défaut d'informer l'assureur qu'elle doit donner naissance incessamment à ses jumeaux.

[236] Les échanges et demandes de l'assureur pour assurer le traitement et le suivi du dossier d'indemnisation sont un mal nécessaire pour l'assuré qui doit collaborer.

[237] Soulevons aussi que les correspondances de la demanderesse à l'assureur ne sont pas toujours courtoises⁹⁸.

[238] Dans les circonstances, le temps de réponse de la défenderesse n'est pas inhabituel ou déraisonnable et ne peut constituer une faute.

[239] En l'absence de faute, la demanderesse ne peut se voir accorder des dommages-intérêts.

[240] Elle accuse la défenderesse de complexifier le travail de ses avocats⁹⁹. Elle soumet notamment que la défenderesse a pris trop de temps à répondre à la mise en demeure transmise par ceux-ci¹⁰⁰.

⁹³ Pièce P-4.

⁹⁴ Pièce P-5.

⁹⁵ Pièce P-6.

⁹⁶ Pièce P-7.

⁹⁷ Pièce P-8.

⁹⁸ Pièces P-5 et P-7.

⁹⁹ Paragraphe 25 de la demande introductive d'instance.

¹⁰⁰ Paragraphe 28 de la demande introductive d'instance.

[241] La mise en demeure est transmise le 11 février 2022¹⁰¹. Un courriel est transmis aux procureurs de la demanderesse le 27 avril 2022 qui confirme que le dossier est toujours en analyse¹⁰². Le 5 mai 2022, la défenderesse répond à la mise en demeure et maintient sa décision que la demanderesse est apte à occuper un emploi rémunérateur.

[242] Encore une fois, bien qu'il soit souhaitable que les décisions soient rendues le plus rapidement possible, un délai de trois mois n'est pas déraisonnable.

[243] L'analyse du traitement du dossier de la demanderesse par l'assureur ne démontre pas que ce dernier a failli à son obligation de traiter la réclamation de celle-ci de façon prudente et diligente à la manière d'un assureur raisonnable.

[244] Pour ces motifs, la demande de la demanderesse pour dommages moraux n'est pas justifiée et doit être rejetée.

4.2 Dommages punitifs

[245] L'article 1621 C.c.Q. prévoit que les dommages punitifs doivent être prévus par la loi et ils ont une fonction préventive.

[246] L'octroi de dommages-intérêts punitifs est une mesure ayant pour but de sanctionner une atteinte intentionnelle aux droits fondamentaux d'une partie.

[247] La Cour suprême dans l'affaire *Richard c. Time inc.*¹⁰³ précise qu'il faut se référer aux textes des lois particulières qui déterminent les cas où des dommages-intérêts punitifs pourront être accordés, les conditions d'attribution et leur calcul. Ces lois n'exigent pas toutes la preuve du caractère malveillant, opprimant ou abusif de l'acte accompli.

[248] La demanderesse réclame la somme de 200 000 \$ en raison du comportement arbitraire et de mauvaise foi de sa condition de santé. Elle fait référence à une violation par l'assureur de l'article 12 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (« Charte ») qui garantit à toute personne la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités.

[249] Or, cet article ne s'applique pas en l'espèce. Il ne s'agit pas d'un traitement ou d'une peine infligée par un acteur étatique canadien. Le traitement du dossier d'indemnisation par l'assureur ne peut entrer en violation avec l'article 12 de la *Charte*.

[250] La demanderesse réfère également à la contravention par l'assureur de l'article 1375 C.c.Q. et de son obligation d'agir de bonne foi dans sa relation contractuelle et l'accomplissement de ses obligations.

[251] Une contravention à cette obligation relève des dommages moraux discutés précédemment et ne donne pas ouverture à des dommages punitifs.

¹⁰¹ Pièce P-36.

¹⁰² Pièce P-37.

¹⁰³ *Richard c. Time Inc.*, 2012 CSC 8.

[252] Rien dans la preuve ne permet de conclure que l'assureur a agi de mauvaise foi dans le traitement d'assurance invalidité de la demanderesse.

[253] La preuve révèle que plusieurs analyses détaillées du dossier ont été effectuées par les agents d'indemnisation et les médecins-conseils ainsi que des révisions du dossier par des superviseurs. L'assureur n'a pas fait preuve d'insouciance, d'imprudence ou de négligence grossière dans le traitement du dossier de la demanderesse. Aucune mauvaise foi ou caractère intentionnel de nuire à la demanderesse de la part de l'assureur n'a été démontré.

[254] La demande pour dommages punitifs n'est pas recevable.

4.3 Remboursement des frais d'avocats

[255] La demanderesse réclame la somme de 17 000 \$ représentant les frais d'avocats encourus avant l'institution des procédures judiciaires.

[256] Bien qu'une conclusion apparaisse à la demande introductive d'instance à cet effet, les motifs pour cette réclamation ne sont pas détaillés à sa demande.

[257] À l'audition, la demanderesse mentionne que ses avocats ont cessé de la représenter en raison de l'inaction et de la mauvaise foi de l'assureur, qui a refusé de négocier un règlement à l'amiable préalablement au dépôt de sa demande introductive d'instance.

[258] Or, la Cour d'appel dans l'affaire *9401-0428 Québec inc. c. 9414-8442 Québec inc.*¹⁰⁴ précise que seul l'abus de procédure peut donner lieu à un remboursement des honoraires judiciaires :

« [77] Selon la même logique, il faut distinguer l'abus sur le fond de l'abus de procédure, car, en règle générale, seul le second permet l'octroi de dommages-intérêts pour compenser les honoraires et les débours engagés par la partie victime d'abus. L'arrêt de principe en la matière est *Viel c. Entreprises immobilières du terroir Ltée* (« *Viel* »), où le juge Rochon écrit :

[74] [...] **L'abus sur le fond intervient avant que ne débutent les procédures judiciaires.** L'abus sur le fond se produit au moment de la faute contractuelle ou extracontractuelle. Il a pour effet de qualifier cette faute. La partie abuse de son droit par une conduite répréhensible, outrageante, abusive, de mauvaise foi. Au moment où l'abus sur le fond se cristallise, il n'y a aucune procédure judiciaire d'entreprise. C'est précisément cet abus sur le fond qui incitera la partie adverse à s'adresser aux tribunaux pour obtenir la sanction d'un droit ou une juste réparation.

(...)

¹⁰⁴ *9401-0428 Québec inc. c. 9414-8442 Québec inc.*, 2025 QCCA 1030, par. 77-78.

[76] Je formule la question qui nous est posée comme suit : **la conduite répréhensible, abusive et de mauvaise foi d'une partie sur le fond du litige permet-elle en soi à la partie adverse de réclamer les honoraires extrajudiciaires de son avocat à titre de dommages-intérêts?**

[77] **Soit dit avec égards, les principes de la responsabilité civile m'incitent à apporter une réponse négative à la question posée. En principe et sauf circonstances exceptionnelles, les honoraires payés par une partie à son avocat ne peuvent, à mon avis, être considérés comme un dommage direct qui sanctionne un abus sur le fond.** Il n'existe pas de lien de causalité adéquat entre la faute (abus sur le fond) et le dommage. La causalité adéquate correspond à ou aux événements ayant un rapport logique, direct et immédiat avec l'origine du préjudice subi. **Seul l'abus du droit d'ester en justice peut être sanctionné par l'octroi de tels dommages.** Il m'apparaît erroné de transformer l'abus sur le fond en un abus du droit d'ester en justice dès qu'un recours judiciaire est entrepris. Quelques explications s'imposent.

[Caractères gras ajoutés]

[78] L'abus sur le fond survient (ou naît) avant le dépôt des procédures, alors que l'abus d'ester en justice (abus de procédure) se manifeste ou se perpétue à l'occasion de la procédure judiciaire. L'abus sur le fond ne donne pas droit au remboursement des honoraires extrajudiciaires, sauf circonstances exceptionnelles. Il en est ainsi puisque le fait d'agir en justice « est, de prime abord, un droit et non une faute ».

[259] La demanderesse n'établit pas que l'assureur a commis quelque abus de procédure ou encore que sa position n'avait aucun fondement et était vouée à l'échec.

[260] De plus, les pièces produites au soutien de cette réclamation totalisent 14 400 \$¹⁰⁵ et non pas 17 000 \$.

[261] La réclamation de la demanderesse pour le remboursement d'une somme de 17 000 \$ est rejetée.

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :

[262] **ACCUEILLE** en partie la demande introductive d'instance de la demanderesse;

[263] **DÉCLARE** la demanderesse totalement invalide au sens du contrat d'assurance et ce, rétroactivement au 1^{er} février 2020;

¹⁰⁵ Pièce P-24 et P-25.

[264] **CONDAMNE** la défenderesse à verser à la demanderesse les prestations d'assurance-invalidité impayées depuis le 1^{er} février 2020 à ce jour, avec intérêts au taux légal ainsi que l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, à l'échéance du paiement dû de chaque prestation;

[265] **ORDONNE** à la défenderesse de verser à la demanderesse mensuellement les prestations auxquelles son état d'invalidité lui donne droit en vertu du contrat liant les parties, à compter de la date du présent jugement et ce, tant et aussi longtemps que durera son invalidité pour la période postérieure à la date du présent jugement;

[266] **REJETTE** la demande de la demanderesse de condamner la défenderesse à verser des dommages-intérêts, des dommages moraux ainsi que des dommages punitifs contre la défenderesse.;

[267] **LE TOUT**, avec frais de justice à l'encontre de la défenderesse¹⁰⁶.

SOPHIE LEBLANC, J.C.S.

Madame Geneviève Marie Clémence Gauthier
Demanderesse se représentant seule

Me Marie-Nancy Paquet
Me Charlaïne Cowan
Avocates de la défenderesse

Auditions tenues du 12 au 15 janvier 2026

¹⁰⁶ Modification à la demande introductive (voir procès-verbal du 14 janvier 2026).