Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
5C.55/2005 /frs

Arrêt du 6 juin 2005
IIe Cour civile

Composition
M. et Mmes les Juges Raselli, Président,
Nordmann et Escher.
Greffier: M. Oulevey.

Parties
X._____,
demandeur et recourant, représenté par Me Michel Ducrot, avocat,

contre

Y._____ Assurances,
défenderesse et intimée, représentée par Me Christian Favre, avocat,

Objet
contrat d'assurance,

recours en réforme contre le jugement de la Cour civile II du Tribunal cantonal du canton du Valais
du 10 janvier 2005.

Faits:
A.
A.a X._____, né en 1952, bénéficie depuis le 1er juillet 1987, auprès de Y._____ Assurances, d'une couverture d'assurance contre les conséquences économiques de la maladie et de l'accident comprenant, entre autres prestations, le versement d'indemnités journalières en cas de maladie et le paiement d'un capital de 700'000 fr. en cas d'invalidité à 100 % causée par un accident.

Les conditions générales d'assurance qui complètent sa police disposent notamment que l'assuré a l'obligation de faire appel aussi rapidement que possible, dans chaque cas qui pourrait donner lieu à des prestations, à un médecin diplômé et de se conformer à ses prescriptions (art. 37 des conditions générales d'assurance n° 1; ci-après CGA), d'annoncer à l'assureur chaque cas qui pourrait donner lieu à des prestations d'assurance dans les cinq jours qui suivent le début de l'événement ou l'expiration du délai d'attente (art. 38 CGA) et, en cas d'invalidité ensuite d'accident, de fournir une attestation médicale (certificat ou rapport détaillé) indiquant la cause, le début, la durée et le degré de l'incapacité de travail (art. 43 CGA). Elles précisent en outre que l'assureur est libéré de ses obligations si le preneur ou l'ayant droit ne remplit pas les obligations découlant pour lui des art. 36 à 40 CGA, sauf s'il ressort des circonstances que ce manquement n'est pas dû à une faute (art. 48 CGA).
A.b A la fin de 1994, X._____, dont la capacité de travail était réduite de 50 % en raison d'une affection pulmonaire, percevait des indemnités journalières. Employé sur appel comme chauffeur de camion sans manutention, dans le cadre de mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité, aucun travail ne lui a été proposé entre le 1er janvier et le 27 février 1995.

Le 7 mars 1995, il s'est rendu à la consultation du médecin qui le suivait pour son affection pulmonaire. A la fin de l'entretien, il a signalé qu'il souffrait du dos. Pensant qu'il s'agissait d'une simple lombalgie, le praticien lui a prescrit du Parafon, en lui conseillant de revenir en cas de persistance des douleurs.

X._____ a cessé complètement de travailler le 26 avril 1995. Il a été opéré d'une hernie discale L4-L5 le 2 juin 1995 et d'une hernie discale L3-L4 le 19 octobre suivant. Les 8 et 9 avril 1997, il a encore été hospitalisé en raison de lombosciatalgies bilatérales. Par décision du 28 mars 1996, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Valais lui a attribué une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 1994 au 30 juin 1995 et une rente complète à compter du 1er juillet 1995.
A.c Par avis du 8 mai 1995, X._____ a annoncé des "douleurs dorsales" à Y._____ Assurances, sans préciser si elles provenaient ou non d'un accident. Il a simultanément déclaré son incapacité de travail dès le 27 avril 1995. Considérant que ce sinistre relevait de la maladie, l'assureur lui a versé des indemnités journalières.
B.
Le 29 janvier 1999, X._____ a ouvert action contre Y._____ Assurances en paiement de 700'000 fr., avec intérêts à 5 % l'an dès le 28 décembre 1994.

A l'appui de son action, il soutenait que ses hernies discales, ainsi que l'invalidité à 100 % qui en résultait, étaient la conséquence d'un accident, survenu le 28 décembre 1994. Il expliquait avoir voulu, ce jour-là, ouvrir la portière de sa voiture tout en tenant son doberman en laisse. Penché sur le véhicule, il s'apprêtait, selon ses dires, à en déverrouiller la portière, lorsque l'animal, qui se trouvait un peu en retrait sur sa gauche, aurait subitement exercé une forte traction sur la laisse, faisant subir à son maître une très violente torsion de trois quarts de tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Le demandeur aurait immédiatement ressenti une douleur aiguë au niveau du dos et failli s'évanouir. Il se serait ensuite senti bloqué et incapable de faire le moindre mouvement, restant agrippé de longues minutes à sa voiture avant de pouvoir péniblement prendre le volant. Jusqu'à fin février 1995, il aurait souffert de constantes douleurs dorsales. Il n'aurait pas quitté son domicile, gardant le lit de quinze à dix-huit heures par jour, durant tout le mois de janvier. S'il n'a consulté aucun médecin avant le 7 mars 1995, ce serait parce qu'il a pensé qu'il s'agissait d'un ennui musculaire, qui passerait rapidement avec des cataplasmes, des frictions et du repos. Au début février, il lui aurait d'ailleurs semblé que son état s'améliorait. De l'ensemble de ces faits, le demandeur déduisait que le capital de 700'000 fr. convenu en cas d'invalidité à 100 % pour cause d'accident devait lui être versé.

La défenderesse a conclu à libération des fins de la demande.
Par jugement du 10 janvier 2005, la Cour civile du Tribunal cantonal du canton du Valais a rejeté l'action. Renonçant à se prononcer sur l'existence de l'accident allégué, ainsi que sur son éventuel lien de causalité avec l'invalidité de l'assuré, la cour cantonale a considéré que le demandeur avait, en toute hypothèse, tardé fautivement à consulter un médecin et à donner l'avis du sinistre, ce qui avait eu pour effet de libérer entièrement la défenderesse de ses éventuelles obligations, conformément à l'art. 48 CGA.
C.
Le demandeur interjette un recours en réforme contre ce jugement, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la cour cantonale pour nouveau jugement.

La défenderesse n'a pas été invitée à déposer une réponse.

Le Tribunal fédéral considère en droit:
1.
Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 131 II 58 consid. 1 p. 60 et les références; spécialement pour le recours en réforme: 129 III 288 consid. 2.1).
1.1 Interjeté en temps utile contre une décision finale rendue par la juridiction suprême d'un canton, dans une contestation civile de nature pécuniaire dont la valeur atteint largement 8'000 fr., le présent recours est recevable au regard des art. 46, 48 al. 1 et 54 al. 1 OJ.
1.2 En principe, un recours en réforme doit tendre à la modification de l'arrêt attaqué (cf. art. 55 al. 1 let. b OJ). Néanmoins, un chef de conclusions tendant exclusivement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'autorité cantonale est exceptionnellement recevable s'il apparaît que le Tribunal fédéral ne pourrait pas statuer lui-même au fond en suivant l'argumentation juridique du recourant, parce que l'autorité cantonale a laissé ouvertes des questions de fait qui seraient alors importantes pour la solution du litige (ATF 130 III 136 consid. 1.2 p. 139; 125 III 412 consid. 1b p. 414 et les références). En l'espèce, le demandeur conteste que

la défenderesse soit libérée de ses obligations en vertu de l'art. 48 CGA. Si ce point de vue s'avérait justifié, il y aurait lieu de statuer sur la réalité de l'accident allégué et, le cas échéant, sur le lien de causalité existant prétendument entre cet accident, les deux hernies discales et l'invalidité du demandeur, ce que la juridiction de réforme ne peut faire elle-même (art. 64 OJ). Le présent recours est dès lors recevable nonobstant le fait qu'il ne tend qu'à l'annulation du jugement entrepris et au renvoi de la cause à la cour cantonale.
1.3 Le Tribunal fédéral n'est lié ni par les motifs que le recourant invoque (art. 63 al. 1 OJ), ni par la motivation de l'arrêt attaqué. Il apprécie librement la portée juridique des faits en appliquant le droit fédéral d'office (art. 63 al. 3 OJ). Il peut ainsi, par substitution de motifs, rejeter le recours pour d'autres raisons que celles retenues par la juridiction cantonale. Il peut aussi l'admettre pour d'autres motifs que ceux invoqués par le recourant (ATF 127 III 248 consid. 2).
2.
Le demandeur soutient, à titre principal, qu'il n'a pas manqué aux incombances que les art. 37 et 38 CGA mettaient à sa charge. Selon lui, les juges cantonaux ont mal interprété la notion de "cas qui pourrait donner droit à des prestations d'assurance", au sens des dispositions contractuelles précitées, en partant de l'idée qu'il s'agissait de l'accident; il s'agirait, au contraire, du début de l'invalidité, soit du moment où les conséquences durables de l'accident ont été constatées. Comme il n'aurait pas eu connaissance de son invalidité avant l'opération du 2 juin 1995, le demandeur n'aurait donc pas, d'après lui, violé les art. 37 et 38 CGA en consultant pour la première fois un médecin le 7 mars 1995 et n'en avisant pas la défenderesse du sinistre avant le 8 mai 1995.

Ce moyen s'en prend à l'interprétation que la cour cantonale a faite des art. 37 et 38 CGA.
2.1 Comme l'arrêt attaqué ne constate pas de réelle et commune intention des parties à leur propos, les art. 37 et 38 CGA doivent être interprétées selon le principe de la confiance, soit en fonction du sens que les parties pouvaient ou devaient leur donner de bonne foi. S'agissant de dispositions préétablies, elles doivent en principe être interprétées de la même manière que des clauses rédigées individuellement. Est en particulier applicable le principe selon lequel il faut, en présence de clauses ambiguës, préférer, si elle figure parmi celles qui sont possibles, l'interprétation qui correspond à la solution légale. En effet, comme le législateur a, en règle générale, opéré une pesée des intérêts en cause, la partie qui veut s'écarter de la loi doit l'exprimer de façon suffisamment claire dans le contrat (ATF 126 III 388 consid. 9d p. 391 et les arrêts cités; pour les conditions générales d'assurance: arrêt 5C.89/2000 du 5 novembre 2001, consid. 1, non publié aux ATF 128 III 34).
2.2 Aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur et s'y conformer (al. 1); si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). Bien que classée parmi les règles relatives aux assurances contre les dommages, cette disposition légale est aussi applicable aux assurances de personnes prévoyant des prestations de sommes (ATF 128 III 34 consid. 3b-c p. 36 s.). L'obligation de sauvetage qui en découle naît au moment de la réalisation du cas d'assurance, c'est-à-dire dès que le danger redouté se réalise à l'égard de l'objet assuré (cf. Andreas Hönger/Marcel Süsskind, Commentaire bâlois, n. 5 ad art. 61 LCA, p. 858), soit, en matière d'assurance-accident, dès que la force extérieure s'est exercée sur la personne assurée, même si l'on ignore encore quelles suites auront les lésions subies par cette dernière (cf. arrêt 5C.89/2000 du 5 novembre 2001, consid. 2b/aa, non publié aux ATF 128 III 34).

Sous réserve de l'exigence d'une faute comme condition de toute réduction des prestations en cas de manquement de l'assuré (cf. art. 45 LCA), l'art. 61 LCA n'est pas impératif (cf. art. 97 et 98 LCA). Les parties peuvent donc préciser, voire aggraver, l'obligation de sauvetage que pose l'al. 1 de cette disposition légale et remplacer la réduction des prestations prévue à l'al. 2 par l'extinction complète du droit aux prestations en cas de violation fautive de ses incombances par l'assuré.

En l'espèce, l'art. 37 CGA, qui oblige l'assuré, dans chaque cas qui pourrait donner lieu à des prestations d'assurance, à consulter dès que possible un médecin diplômé et à se conformer à ses prescriptions, n'a de sens, comme stipulation de l'assureur, que si elle a pour but de limiter les conséquences de l'accident, en donnant d'ores et déjà les instructions prévues par l'art. 61 al. 1 LCA. L'art. 37 CGA a donc pour fonction de préciser le contenu de l'obligation de sauvetage de l'assuré. Aussi la notion de "cas qui pourrait donner droit

à des prestations" doit-elle être comprise comme visant l'accident, et non l'invalidité, car, en cas contraire, on aboutirait à ce résultat insoutenable que l'assuré ne serait obligé de consulter un médecin pour limiter les suites de l'accident qu'à partir du moment où, précisément, plus aucune amélioration ne pourrait être apportée à son état de santé.

C'est donc bien à partir de l'accident prétendument survenu le 28 décembre 1994 que le demandeur devait consulter le plus rapidement possible un médecin diplômé. En attendant le 7 mars 1995 pour solliciter un avis médical, il a objectivement failli à cette incombance.
2.3 Par ailleurs, en vertu de l'art. 38 al. 1 et 2 LCA, l'ayant droit doit aviser l'assureur aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et de son droit à des prestations d'assurance; s'il omet fautivement de donner cet avis, l'assureur a le droit de réduire l'indemnité à la somme qu'elle comporterait si la déclaration avait été faite à temps. Cette exigence a pour but de permettre à l'assureur, d'une part, de vérifier l'existence d'un droit à des prestations et, d'autre part, d'ordonner, si nécessaire, des mesures pour réduire le dommage (arrêt 4C.314/1992 du 11 décembre 2001, consid. 5b). En matière d'assurance-accident, c'est dès qu'il a connaissance de l'accident, et non des suites de celui-ci, que l'assuré est tenu de faire sa déclaration de sinistre (Jürg Nef, Commentaire bâlois, n. 8 ad art. 38 LCA, qui cite l'ATF 115 II 88 consid. 3 p. 90 s., rendu à propos de conditions générales d'assurances, mais qui peut effectivement être transposé à l'art. 38 LCA).

Sous réserve de l'exigence d'une faute comme condition de toute réduction des prestations en cas de manquement de l'assuré (cf. art. 45 LCA), l'art. 38 LCA n'est pas impératif (cf. art. 97 et 98 LCA). Les parties peuvent donc préciser, voire aggraver, l'obligation que pose l'al. 1 de cette disposition légale et remplacer la réduction des prestations prévue à l'al. 2 par l'extinction complète du droit aux prestations en cas de violation fautive de ses incombances par l'assuré.

En l'espèce, l'art. 38 CGA prévoit que chaque "cas qui pourrait donner droit à des prestations" doit être annoncé à l'assureur dans les cinq jours qui suivent "le début de l'événement ou l'expiration du délai d'attente (assurance indemnité journalière ou rentes d'invalidité)". Dans les cas ouvrant droit à une prestation en capital, par opposition à des indemnités journalières ou à une rente, c'est donc le "début de l'événement" qui fait partir le délai de cinq jours pour adresser une déclaration de sinistre à l'assureur. S'agissant de l'assurance d'un capital-invalidité ensuite d'un accident, le demandeur voudrait que le "cas" soit l'invalidité et, par conséquent, que le "début de l'événement" soit le moment où est constatée l'impossibilité d'améliorer son état de santé. Mais, comme rien n'indique que, pour les cas donnant lieu au versement d'un capital-invalidité, les parties aient entendu déroger à l'art. 38 al. 1 LCA sur autre chose que la durée du délai (cinq jours de délai au lieu d'un avis plus ou moins immédiat), il convient de retenir, par référence au droit dispositif (cf. consid. 2.1 ci-dessus), que l'obligation d'annoncer le sinistre de l'art. 38 CGA a notamment pour but, comme celle de l'art. 38 al. 1 LCA, de permettre
à l'assureur d'ordonner d'éventuelles mesures propres à réduire le dommage. Dès lors, pour la même raison que celle de consulter un médecin diplômé (cf. consid. 2.2 ci-dessus), l'obligation d'adresser dans les cinq jours un avis de sinistre à l'assureur doit nécessairement naître au moment de l'accident, et non seulement quand l'invalidité de l'assuré est constatée. A l'art. 38 comme à l'art. 37 CGA, la notion de "cas qui pourrait donner droit à des prestations" vise donc le cas d'assurance, soit l'accident. Les termes "début de l'événement" utilisés à l'art. 38 CGA se rapportent dès lors à la survenance de l'accident.

Par conséquent, le demandeur devait aviser la défenderesse de son prétendu accident le 3 janvier 1995 au plus tard. Il a donc objectivement failli à cette incombance en attendant le 8 mai 1995 pour annoncer le sinistre.
3.
Le demandeur fait ensuite valoir que, s'il devait avoir violé ses incombances, ce serait de toute manière sans faute de sa part. Il souligne qu'il n'exerçait pas d'activité professionnelle en janvier et février 1995, qu'il est alors resté alité, qu'il n'a constaté une augmentation de ses douleurs qu'à la reprise de son travail et que le médecin qu'il a consulté le 7 mars 1995 ne lui a alors prescrit qu'un traitement conservatoire, en lui conseillant de revenir si les douleurs persistaient. Il en déduit, en se fondant notamment sur les critiques émises par Roland Brehm (L'assurance privée contre les accidents, Berne 2001, n. 140 p. 93) contre l'ATF 115 II 88, qu'eu égard à la perception qu'il pouvait avoir de bonne foi de l'accident et de ses conséquences, il n'a pas eu un comporte-

ment fautif en restant inactif durant les deux premiers mois qui ont suivi les événements prétendument survenus le 28 décembre 1994.
3.1 L'art. 48 CGA dispose que l'assureur est libéré en cas, notamment, de violation par l'assuré de ses obligations de consulter un médecin aussi rapidement que possible et de déclarer le sinistre dans les cinq jours dès l'accident. Cependant, conformément à l'art. 45 LCA, l'art. 48 CGA prévoit que cette sanction n'est pas applicable s'il ressort des circonstances que la violation n'est pas due à une faute. D'après la jurisprudence, la violation n'est pas due à une faute, au sens de l'art. 45 LCA et des conditions générales d'assurance qui s'y rapportent, si des causes objectives, ou du moins non imputables à l'assuré, ont empêché celui-ci de respecter ses obligations (cf. ATF 115 II 88 consid. 4 p. 91 et 88 II 556 consid. 9 p. 569).
3.2 En l'espèce, le demandeur ne prétend pas que ses maux de dos seraient apparus tardivement. Au contraire, il dit avoir ressenti immédiatement, dès le 28 décembre 1994, de violentes douleurs, qui l'auraient ensuite contraint à rester couché pendant plus d'un mois. Il n'indique pas quelle cause objective ou indépendante de sa volonté l'aurait empêché de consulter rapidement un médecin et d'adresser dans les cinq jours une déclaration de sinistre à l'assureur. La cour cantonale n'a dès lors pas violé le droit fédéral en retenant que le demandeur avait enfreint les CGA d'une manière fautive.
4.
Le recourant soutient en dernier lieu que la déchéance prévue à l'art. 48 CGA en cas de manquement de l'assuré aux incombances mises à sa charge par les art. 37 et 38 CGA n'est pas applicable en l'absence d'un lien de causalité entre ces manquements et l'invalidité, ou entre ces manquements et une péjoration de la situation de l'assureur, consistant, par exemple, dans la perte d'une possibilité de mettre en oeuvre une contre-preuve.
4.1 L'obligation d'aviser l'assureur de la survenance d'un sinistre, telle qu'elle ressort de l'art. 38 al. 1 LCA, a pour fonction de permettre à l'assureur de vérifier l'existence d'un droit à des prestations et d'ordonner, si nécessaire, des mesures pour réduire le dommage; il s'agit donc d'une incombance dépendante (unselbstständige Obligenheit), qui ne poursuit pas un but en soi, mais vise à maintenir le rapport d'équivalence dans le contrat d'assurance. Se fondant sur l'avis de Roland Schaer (Rechtsfolgen der Verletzung versicherungsrechtlicher Obliegenheiten, thèse Berne 1972, p. 21 et 61 ss), le Tribunal fédéral en a déjà déduit, dans un arrêt du 11 décembre 2001 (arrêt 4C.314/1992 consid. 5b), que ce n'est que lorsque la violation de cette incombance a une incidence sur l'ensemble du rapport contractuel qu'elle produit des effets juridiques. La raison en est que la violation d'une incombance dépendante qui ne porte pas atteinte à l'équivalence des prestations n'est pas déterminante et reste donc dépourvue d'effet juridique. Il en va dès lors de même en cas de manquement à l'obligation de consulter un médecin diplômé et de se conformer à ses prescriptions, puisque cette obligation ne poursuit pas d'autre but que de
maintenir l'équivalence des prestations échangées. Aussi est-il exact que, comme le soutient le demandeur, l'assureur ne peut pas se prévaloir de la déchéance stipulée à l'art. 48 CGA s'il apparaît que l'omission de l'assuré de consulter rapidement un médecin et de faire une déclaration de sinistre dans les cinq jours n'a pas exercé d'influence sur la survenance de l'accident allégué ou sur l'étendue de la prestation d'assurance qui en découle.
4.2 Toutefois, aux termes de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit pas le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Il s'ensuit que c'est à l'assuré qui réclame le versement de prestations en contestant l'applicabilité d'une clause de déchéance qu'il appartient de prouver que la violation de l'une ou de l'autre de ses incombances n'a pas eu d'influence sur la survenance de l'événement redouté ou sur l'étendue de la prestation de l'assureur (cf., pour l'obligation d'annoncer le sinistre, ATF 115 II 88 consid. 4b p. 91).

En l'espèce, le demandeur soutient que, sur la base des faits constatés, on devrait admettre que la consultation immédiate d'un médecin et l'envoi dans les cinq jours d'une déclaration de sinistre n'auraient pas empêché l'apparition de ses deux hernies discales, ni donné l'occasion à l'assureur de mieux défendre sa position. Cette affirmation est un fait nouveau, qui ne peut être pris en considération (art. 55 al. 1 let. c OJ). En réalité, l'arrêt attaqué retient uniquement, sans se prononcer sur la question, que les deux expertises judiciaires sont contradictoires en ce qui concerne la cause des hernies discales du demandeur.

La police d'assurance souscrite par le demandeur ne prévoit aucune prestation en capital en cas d'invalidité résultant d'une maladie. Il importait dès lors de savoir si la cause de l'invalidité était accidentelle ou morbide. La défenderesse conteste que l'événement allégué du 28 décembre 1994 ait eu lieu et, le cas échéant, qu'il soit

la cause des hernies discales opérées en juin 1995. Or, si le demandeur avait observé l'incombance d'annoncer le sinistre dans les cinq jours à son assureur, celui-ci l'aurait sans aucun doute obligé à consulter un médecin spécialiste du dos. La consultation médicale, qui aurait eu lieu peu de jours après le 28 décembre 1994, et le suivi médical immédiat auraient rendu la situation plus transparente. D'une part, il aurait probablement été plus aisé de savoir si l'événement a eu lieu et, le cas échéant, s'il est causal des hernies discales subséquentes et de l'invalidité du demandeur. D'autre part, le spécialiste consulté aurait peut-être pu limiter les conséquences de l'éventuel accident. Il n'est dès lors pas établi que la violation de ses incombances par le demandeur ait été sans influence sur la prestation de l'assureur. Dans ces conditions, la sanction prévue à l'art. 48 CGA est applicable, de
sorte que la défenderesse est libérée de ses obligations. Partant, le recours doit être rejeté.
5.
Vu l'issue de la procédure, le demandeur, qui succombe, supportera les frais de justice (art. 156 OJ). En revanche, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la défenderesse, qui n'a pas été invitée à répondre au recours (art. 159 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est rejeté.
2.
Un émolument judiciaire de 8'000 fr. est mis à la charge du demandeur.
3.
Le présent arrêt est communiqué en copie aux mandataires des parties et à la Cour civile II du Tribunal cantonal du canton du Valais.
Lausanne, le 6 juin 2005
Au nom de la IIe Cour civile
du Tribunal fédéral suisse
Le président: Le greffier: