Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
5C.18/2006 /svc
Arrêt du 18 octobre 2006
IIe Cour civile

Composition
MM. et Mmes les Juges Raselli, Président, Escher, Meyer, Hohl et Marazzi.
Greffière: Mme Mairot.

Parties
"Zurich" Compagnie d'Assurances (anciennement
La Genevoise, Compagnie générale d'Assurances),
défenderesse et recourante principale, représentée par Me Pierre Gabus, avocat,

contre

X._____,
demandeur et recourant par voie de jonction, représenté par Mes Teresa Giovannini et Patrice Le Houelleur, avocats.

Objet
contrat d'assurance,

recours en réforme et recours joint contre l'arrêt de la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève du 18 novembre 2005.

Faits:
A.
A.a X._____, né le 22 juillet 1945, citoyen italien domicilié à Y._____ (Italie), a contracté en juin 1994 une assurance accidents - prévoyant un capital-invalidité de 1'500'000 fr. - avec La Genevoise, Compagnie générale d'Assurances (ou Genevoise assurances), actuellement "Zurich" Compagnie d'Assurances, ainsi qu'une assurance maladie et une assurance sur la vie avec La Genevoise, Compagnie d'Assurances sur la Vie (ou Genevoise vie), toutes deux également désignées à l'époque sous l'appellation La Genevoise. Il exerçait alors, pour le compte d'une société, la fonction de responsable des relations publiques et était plus particulièrement chargé de la publicité, ce qui requérait notamment la prise de photographies aux fins d'établir des prospectus.
-:-
Le 15 juin 1994, X._____ s'est rendu en Sardaigne (Italie) pour des raisons professionnelles, dans le but de réaliser un reportage photographique en vue de l'édition d'un dépliant touristique sur cette région. Il était accompagné de sa fiancée. Ils ont loué un canot pneumatique pour réaliser des prises de vue du littoral, ainsi que du matériel de plongée, X._____ pratiquant ce sport et étant titulaire du brevet international PADI.
A.b Le 17 juin 1994 au matin, alors que le couple se trouvait en mer, X._____ a tenté de porter secours à un plongeur supposé être en difficulté, sans toutefois parvenir à le localiser. En remontant à la surface, il a ressenti une vive douleur au dos. Une fois à bord du canot, il a été pris de vertige et s'est effondré, heurtant du coude et de l'épaule les bouteilles d'oxygène qui s'y trouvaient. En fin de journée, il s'est rendu avec sa compagne au service des urgences d'un hôpital en raison de douleurs persistantes à l'épaule. Cette consultation a donné lieu à l'établissement d'un certificat mentionnant un traumatisme causé par une contusion à l'épaule et au coude à la suite d'une chute accidentelle. X._____ n'a pas exigé d'examens plus poussés ou liés à un éventuel accident de plongée.
Le lendemain, le couple a effectué un vol à basse altitude dans un petit avion à hélice afin de prendre des

photographies aériennes. De retour à son hôtel, X._____ a été pris de douleurs croissantes au dos, perdant progressivement la mobilité de la partie inférieure de son corps. Sa fiancée a alors alerté la centrale responsable des accidents sous-marins. X._____ a été hospitalisé d'urgence et placé en chambre hyperbare, une maladie de décompression de type 2 ayant été diagnostiquée. Il a ensuite été transféré sans délai dans le centre hyperbare d'un hôpital de Y._____, avant de suivre encore des traitements complémentaires dans d'autres hôpitaux et centres de soins, en Italie puis aux États-Unis. Les différents certificats médicaux établis à son sujet font état d'une atteinte de type médullaire (neurologique) ayant entraîné une paraplégie des membres inférieurs et une rétention urinaire.
A.c L'assurance ayant refusé de couvrir ce sinistre, X._____ a fait notifier à la Genevoise assurances, dans une poursuite intentée le 10 juin 1999, un commandement de payer les sommes de 1'500'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 17 juin 1994 et de 200'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 1er mai 1999. La poursuivie a fait opposition. Le 22 février 2000, X._____ a assigné La Genevoise assurances en paiement de 1'500'000 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 17 juin 1994, à titre de capital-invalidité dû selon la police d'assurance accidents, et de 131'910 fr. (soit la contre-valeur de ITL 158'293'060.-) plus 192 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 28 avril 1999, à titre de remboursement de ses frais médicaux. Il a également demandé que la mainlevée définitive de l'opposition faite au commandement de payer notifié le 6 août 1999 soit prononcée à due concurrence. La défenderesse a conclu au rejet de la demande.
B.
Par jugement du 8 janvier 2004, le Tribunal de première instance du canton de Genève a débouté le demandeur de toutes ses conclusions.
Le demandeur a appelé de ce jugement, en reprenant ses conclusions de première instance. Par arrêt du 18 novembre 2005, la Cour de justice du canton de Genève a, notamment, annulé le jugement de première instance, condamné la défenderesse à verser au demandeur la somme de 600'000 fr., avec intérêts à 5% à compter du 31 août 1994, et débouté les parties de toutes autres conclusions.
C.
C.a Contre cet arrêt, "Zurich" Compagnie d'Assurances (anciennement La Genevoise assurances) exerce un recours en réforme au Tribunal fédéral. Elle conclut à ce que le demandeur soit débouté de toutes ses conclusions.
Celui-ci propose le rejet du recours et forme un recours joint. Il conclut à l'annulation de l'arrêt entrepris en tant qu'il réduit de 20% l'indemnité d'invalidité en capital pour faute concomitante liée à l'absence de consultation médicale appropriée le 17 juin 1994, en ce qu'il le déboute de ses conclusions en remboursement de ses frais médicaux et en ce qu'il omet de prononcer la mainlevée définitive de l'opposition formée au commandement de payer (poursuite n°xxxx) notifié à la Genevoise, Compagnie générale d'Assurances, le 6 août 1999. Il demande au Tribunal fédéral de condamner la demanderesse à lui payer les montants de 900'000 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 31 août 1994, à titre de capital-invalidité, et de 131'910 fr. plus 192 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 28 avril 1999, à titre de remboursement de ses frais médicaux, puis de prononcer, à due concurrence, la mainlevée définitive de l'opposition à la poursuite.
La défenderesse propose l'irrecevabilité du recours joint, subsidiairement son rejet.
C.b Par arrêt de ce jour, la cour de céans a rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, le recours de droit public connexe de la défenderesse (5P.14/2006).

Le Tribunal fédéral considère en droit:
1.
Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 132 III 291 consid. 1 p. 292; 131 I 57 consid. 1 p. 59, 153 consid. 1 p. 156; 131 II 352 consid. 1 p. 353; 130 II 65 consid. 1 p. 67 et les arrêts cités).
1.1 Interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension des délais prévue par l'art. 34 al. 1 let. c OJ - contre une décision finale rendue par la juridiction suprême d'un canton, dans une contestation civile de nature pécuniaire dont la valeur est supérieure à 8'000 fr., le recours principal est recevable au regard des art. 46, 48 al. 1 et 54 al. 1 OJ. Il en va de même du recours joint (art. 59 al. 3 OJ).
1.2 Saisi d'un recours en réforme, le Tribunal fédéral doit conduire son raisonnement juridique sur la base des faits contenus dans la décision attaquée, à moins que des dispositions fédérales en matière de preuve n'aient été violées, qu'il n'y ait lieu de rectifier des constatations reposant sur une inadvertance manifeste (art. 63 al. 2 OJ)

ou qu'il ne faille compléter les constatations de l'autorité cantonale parce que celle-ci n'a pas tenu compte de faits pertinents régulièrement allégués (art. 64 OJ; ATF 130 III 102 consid. 2.2 p. 106; 127 III 248 consid. 2c p. 252 et les arrêts cités). Hormis ces exceptions, il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait - ou l'appréciation des preuves à laquelle s'est livrée l'autorité cantonale (ATF 130 III 136 consid. 1.4 p. 140; 129 III 320 consid. 6.3 p. 327) - ni de faits ou de moyens de preuve nouveaux (art. 55 al. 1 let. c OJ).
Dans la mesure où les parties présentent certains faits qui ne figurent pas dans la décision entreprise, sans se prévaloir avec précision de l'une des exceptions qui viennent d'être rappelées, il n'en sera pas tenu compte.
2.
2.1 La défenderesse soutient que la Cour de justice a interprété de manière erronée les conditions générales d'assurance (ci-après: CGA) et, partant, violé le droit fédéral, en admettant que le demandeur avait subi un accident au sens de ces dispositions contractuelles. Elle reproche à l'autorité cantonale de s'être fondée sur la notion d'accident telle que définie en matière d'assurance accidents obligatoire, et de s'être ainsi exclusivement attachée à déterminer si l'événement dommageable présentait un caractère extraordinaire, ce que l'art. 1.02 CGA n'exige pas. En revanche, les conditions prévues par cette disposition ne seraient pas remplies.
2.2 Selon l'art. 1.02 des CGA, qui font partie intégrante du contrat liant les parties, "est un accident toute lésion corporelle dont l'assuré est atteint involontairement par l'action violente d'un événement extérieur soudain."
Appréciant les preuves administrées, la cour d'appel retient que l'assuré a effectué une plongée subaquatique d'urgence pour venir en aide à un plongeur supposé être en difficulté, avec une seule bonbonne d'air qui se vidait continuellement en raison de la rupture partielle du détendeur, et qu'une infiltration d'eau froide due à une déchirure de sa combinaison a eu pour conséquence une diminution apparemment importante de sa chaleur corporelle. Par ailleurs, il est hautement probable, pour ne pas dire avéré, qu'il ait ressenti une certaine anxiété, d'ailleurs mentionnée par les experts, à l'idée de ne pas retrouver le plongeur présumé disparu. Selon l'autorité cantonale, ces événements constituent des facteurs extérieurs et soudains, en sorte que la qualification d'accident doit être retenue.
La Cour de justice a effectivement estimé que le caractère extraordinaire de la plongée litigieuse était déterminant, alors qu'en l'occurrence les CGA ne le prévoyaient pas. Il résulte cependant des constatations de fait retenues que ladite plongée remplissait les conditions nécessaires à un accident, selon l'art. 1.02 CGA.
La défenderesse se méprend lorsqu'elle soutient que les lésions corporelles subies par le demandeur ne sont pas la conséquence d'une action violente: outre que cette condition doit être relativisée (Oswald, in SZS 1964 p. 173-175; Rutgers, L'art. 33 LCA et les clauses limitant le risque dans l'assurance individuelle contre les accidents, thèse Lausanne 1936, p. 36), elle est manifestement remplie dès lors que l'arrêt déféré retient une déchirure dans la combinaison du demandeur et un blocage de la valve de décompression.
Par ailleurs, on ne saurait dénier à l'événement un caractère de soudaineté - qui ne porte que sur l'atteinte elle-même et non sur les effets de celle-ci, c'est-à-dire la survenance de la lésion (Koenig, FJS n°717, p. 3). Il résulte en effet de l'arrêt entrepris que la combinaison du demandeur s'est déchirée dans la descente et que la valve haute pression s'est bloquée lorsqu'il a atteint 40 mètres de profondeur. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que l'atteinte a été causée en très peu de temps et de façon imprévue, autrement dit soudainement (Brehm, L'assurance privée contre les accidents, Berne 2001, p. 56 ss; Roelli/Jaeger, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. III, Berne 1933, n. 12 ad art. 87/88; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e éd., Berne 1995, p. 478, qui souligne que ce critère doit également être relativisé).
Enfin, le grief selon lequel la condition de la cause extérieure ne serait pas réalisée n'apparaît pas non plus fondé. Compte tenu de l'infiltration d'eau froide due à une déchirure de la combinaison du demandeur, qui a provoqué une diminution importante de la température corporelle de celui-ci, et du dysfonctionnement de son matériel, à savoir le blocage de la valve de décompression, la cour cantonale n'a pas violé le droit fédéral en estimant que l'atteinte subie par le demandeur était due à une cause extérieure, c'est-à-dire à l'effet d'un facteur exogène au corps humain, qu'il soit, notamment, thermique ou mécanique. L'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 10 novembre 2004 (U 203/04), cité par la défenderesse, n'est à cet égard pas décisif: dans cette affaire, il s'agissait d'une plongée de routine, au cours de laquelle le plongeur avait souffert, alors qu'il se trouvait à environ 5 mètres de profondeur, d'une paralysie d'un bras qui ne pouvait avoir été provoquée par aucun élément extérieur, la pression normale de l'eau sur le corps ne constituant rien de tel. Dans la mesure où la défenderesse soutient que ni la déchirure de la combinaison, ni le blocage de la valve ne sont à l'origine de l'atteinte à la santé subie par
le demandeur, elle critique en réalité la question de la causalité naturelle, ce qui relève du recours de droit public

(cf. infra, consid. 3.1 in fine).
3.
Dans un autre grief, la défenderesse reproche aux juges cantonaux d'avoir admis un lien de causalité naturelle entre le prétendu accident de plongée du demandeur et les lésions subies par celui-ci.
3.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose que l'événement dommageable de caractère accidentel constitue une cause obligatoire de la lésion, et que celle-ci soit elle-même une cause obligatoire des séquelles invoquées. Les CGA ne définissent pas spécialement la notion de causalité naturelle. Celle-ci répond donc à la définition du droit commun (Brehm, op. cit., n. 175 p. 108). En vertu des principes généraux du droit, il suffit dès lors, pour qu'il y ait causalité naturelle (ou relation de cause à effet), que l'événement soit un chaînon nécessaire dans les circonstances ayant entraîné la lésion corporelle, sans lequel elle ne serait pas survenue ou ne se serait pas produite de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, qui lie le Tribunal fédéral saisi d'un recours en
réforme (art. 63 al. 2 OJ; arrêt 4C.422/2004 du 13 septembre 2005, consid. 5.2.1 non publié aux ATF 132 III 122; 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 128 III 174 consid. 2b p. 177, 180 consid. 2d p. 184 et les arrêts cités).
3.2 En l'espèce, la Cour de justice a retenu, en se fondant sur les rapports médicaux figurant au dossier, qu'en l'absence de la plongée litigieuse, le demandeur n'aurait à l'évidence pas subi de telles lésions; partant, le lien de causalité naturelle était indubitablement donné. Or, les constatations de l'autorité cantonale sur le rapport de causalité naturelle lient le Tribunal fédéral, conformément à l'art. 63 al. 2 OJ. La défenderesse prétend certes que la juridiction précédente a méconnu le principe même de la causalité naturelle. En réalité, elle conteste que les lésions corporelles subies par le demandeur aient été causées par un accident au sens des CGA, la condition de l'événement extérieur faisant selon elle défaut. Ces arguments, qui n'ont pas trait au concept de la causalité naturelle, mais à la notion d'accident, ont été examinés et rejetés au considérant précédent. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur ce sujet. Dans la mesure où la défenderesse soutient, par ailleurs, que la condition sine qua non de l'atteinte à la santé du demandeur ne serait pas la plongée de secours, mais le vol en avion effectué par celui-ci le lendemain, elle s'en prend, de manière irrecevable, aux constatations de fait de l'arrêt entrepris.
Autant qu'il est recevable, le grief est ainsi mal fondé.
4.
L'autorité cantonale aurait en outre retenu de manière erronée l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les lésions corporelles et l'événement prétendument accidentel, dès lors que ce lien aurait été rompu par la faute grave du demandeur.
4.1 Lorsque la causalité naturelle est retenue, il faut encore se demander si le rapport de causalité peut être qualifié d'adéquat, c'est-à-dire si le comportement ou l'événement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. Cette question doit être examinée de cas en cas par le juge selon les règles du droit et de l'équité, conformément à l'art. 4 CC (arrêt 4C.422/2004 du 13 septembre 2005, consid. 5.2.2.1 non publié aux ATF 132 III 122; ATF 131 IV 145 consid. 5.1 p. 147 s.; 123 III 110 consid. 3a p. 112 s.; 119 Ib 334 consid. 5b p. 344/345).
La causalité adéquate peut être exclue, c'est-à-dire interrompue, l'enchaînement des faits perdant alors sa portée juridique, lorsqu'une autre cause concomitante - la force majeure, la faute ou le fait d'un tiers ou encore de la victime - constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle ou apparaît si extraordinaire que l'on ne pouvait pas s'y attendre; l'imprévisibilité d'un acte concurrent ne suffit pas en soi à interrompre le rapport de causalité adéquate; il faut encore que cet acte ait une importance telle qu'il s'impose comme la cause la plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener (arrêt 4C.422/2004 du 13 septembre 2005, consid. 5.2.3.1 non publié aux ATF 132 III 122; ATF 130 III 182 consid. 5.4 p. 188; 122 IV 17 consid. 2c/bb p. 23 et les arrêts cités).
4.2 Dans le cas particulier, la cour cantonale a considéré, après avoir entendu les deux experts privés des parties à titre de témoins, qu'il était parfaitement concevable, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, qu'une plongée du type de celle en l'occurrence litigieuse puisse produire au niveau de la moelle épinière un effet tel que celui subi par le demandeur. Bien que selon les médecins, un diagnostic certain fût difficile, voire

impossible à poser, l'assuré avait toutefois ressenti une intense douleur au dos en remontant de ladite plongée. Or, d'après l'un des experts, la description de ce symptôme était essentielle, une telle douleur étant le premier signe d'une atteinte à la moelle épinière. Selon la cour, il était donc raisonnablement possible d'admettre que ce symptôme annonçait, selon l'expérience vécue dans un certain nombre de cas par d'autres plongeurs, un traumatisme de nature médullaire. Les juges cantonaux en ont déduit, à bon droit, que la condition du lien de causalité adéquate était en l'occurrence réalisée. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par la défenderesse, qui soutient uniquement que ce lien a été rompu par les fautes graves commises par le demandeur.
Il ressort des constatations de l'arrêt cantonal que le demandeur a plongé seul, avec une bonbonne d'oxygène partiellement utilisée, sans appeler préalablement les secours et sans rigueur quant à la méthode de recherche utilisée. La Cour de justice a cependant retenu, de manière à lier la cour de céans (art. 63 al. 2 OJ), que l'accident avait été causé par d'autres facteurs, à savoir le stress, une infiltration d'eau froide dans la combinaison du demandeur et un dysfonctionnement de son matériel (rupture de la valve de décompression). Par conséquent, le comportement éventuellement imprudent de l'intéressé n'est pas propre à interrompre le lien de causalité adéquate. Il en va de même des autres fautes alléguées par la défenderesse, à savoir, d'une part, le fait de n'avoir prétendument pas communiqué au médecin consulté le jour même la douleur au dos ressentie en remontant à la surface et, d'autre part, le vol en avion effectué le lendemain. Sur le premier point, l'autorité cantonale a en effet estimé qu'en présence des symptômes ressentis (douleur au dos, malaise et vertiges), le demandeur, qui était un plongeur expérimenté, aurait dû consulter immédiatement un spécialiste en médecine hyperbare. Elle a toutefois retenu que cette
mesure n'aurait pas été de nature à éliminer toute forme d'atteinte à sa santé, mais qu'elle aurait seulement pu réduire les conséquences de l'accident. Quant au vol en avion à basse altitude reproché au demandeur, la Cour de justice a également constaté, en se fondant sur les preuves administrées, qu'il ne pouvait être une cause, exclusive ou concomitante, des lésions subies par le demandeur. De toute façon, compte tenu des circonstances, les fautes précitées ne revêtiraient pas un caractère suffisamment extraordinaire et imprévisible pour pouvoir être considérées comme reléguant à l'arrière-plan les autres causes de l'accident. C'est donc sans violer le droit fédéral que l'autorité cantonale a jugé qu'il existait un lien de causalité adéquate entre l'accident de plongée et les dommages corporels subis par le demandeur.
5.
La défenderesse se plaint en outre de ce que la cour cantonale aurait omis de déterminer le taux d'invalidité du demandeur avant de fixer l'indemnité en capital due à celui-ci, violant ainsi le droit fédéral et, en particulier, les CGA afférentes au contrat conclu entre les parties.
L'arrêt entrepris ne constate pas expressément ce taux. Dès lors que le demandeur s'est vu allouer une indemnité de 600'000 fr. (à savoir le capital-invalidité de 1'500'000 fr. moins 60% de réduction en raison de fautes concomitantes), on peut cependant déduire que la Cour de justice a retenu une invalidité complète. Dans son recours en réforme, la défenderesse admet elle-même que la décision déférée repose sur un taux d'invalidité de 100% et donc, implicitement, sur une incapacité de travail de même ampleur. Elle reproche certes à juste titre à l'autorité cantonale d'être restée "muette sur les motivations qui ont présidé à la détermination de ce taux". Ce grief, qui consiste à se plaindre d'une violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée, aurait toutefois dû être soulevé par la voie du recours de droit public (art. 43 al. 1 OJ, 2e phrase). Dans la mesure où elle relève de l'état de fait, la constatation implicite d'un préjudice total ne peut être remise en question dans le recours en réforme, la défenderesse ne se plaignant pas, au demeurant, d'une violation de l'art. 8 CC.
6.
Enfin, la défenderesse fait grief à la cour cantonale d'avoir fixé le point de départ des intérêts sur la somme allouée au demandeur au 31 août 1994, soit quatre semaines dès la date à compter de laquelle l'assureur a été valablement invité à s'exécuter. Elle soulève sur ce point une violation des art. 39 al. 1 et 41 LCA, ainsi que de l'art. 3.03.1 in fine CGA, la seule invitation à s'exécuter ne suffisant pas à fonder, selon elle, le droit à des intérêts moratoires.
6.1 La LCA prévoit que c'est à l'assuré qu'il incombe d'aviser l'assureur du sinistre (cf. art. 38 al. 1 LCA) puis, sur demande de l'assureur, de fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à en fixer les conséquences (cf. art. 39 al. 1 LCA). L'inobservation de ces incombances peut entraîner la perte du droit aux prestations d'assurance (Roelli/Keller, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, 2e éd., Berne 1968, p.

555 ss; König, Der Versicherungsvertrag, SPR VII/2, p. 646 ss, ainsi que les références citées par ces auteurs). L'art. 41 al. 1 LCA fixe l'exigibilité de la prétention à quatre semaines après le moment où l'assureur "a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention". Ce délai de quatre semaines, aussi appelé "délai de délibération", est accordé à l'assureur pour résoudre les éventuelles questions de droit que peut poser le sinistre (Maurer, op. cit., p. 387; Brehm, op. cit., n. 778 p. 345). La question de l'échéance du versement de la somme en cas d'invalidité est réglée de manière particulière par l'art. 88 LCA: "le capital doit être
calculé et payé, d'après la somme assurée pour invalidité, dès que les conséquences probablement permanentes de l'accident ont été définitivement constatées". Cette réglementation déroge à l'art. 41 LCA (Roelli/Jaeger, op. cit., n. 73 ad art. 87/88; Maurer, op. cit., p. 387), en ce sens que l'assureur ne bénéficie pas, formellement, d'un délai de délibération, une fois que cette constatation a eu lieu (Brehm, op. cit., n. 782 p. 347). Dans le cas particulier, les CGA précisent du reste que l'assuré a droit à l'indemnité d'invalidité dès que les conséquences présumées permanentes de l'accident ont été définitivement constatées (art. 3.03.1).
Par ailleurs, la demeure de l'assureur suppose une interpellation (art. 102 al. 1 CO). Toutefois, si celui-ci refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, une interpellation n'est pas nécessaire: l'exigibilité et la demeure sont immédiatement réalisées (Nef, Commentaire bâlois, n. 20 in fine ad art. 41 LCA).
6.2 En l'espèce, il est incontesté que le demandeur a annoncé le sinistre en conformité avec la loi (art. 38 al. 1 LCA) par lettre du 20 juin 1994, déclaration qu'il a complétée le 3 août 1994. La défenderesse ne prétend pas qu'elle n'était alors pas suffisamment renseignée, ni qu'elle aurait réclamé, concernant les circonstances ou, surtout, les conséquences de l'accident, des informations complémentaires que l'assuré ne lui aurait pas données. Elle ne précise pas non plus à partir de quelle date elle admet avoir reçu les indications nécessaires (art. 55 al. 1 let. c OJ). Comme il n'apparaît pas que cette date ne coïnciderait pas avec celle de la déclaration de sinistre et puisque la défenderesse a définitivement refusé, à tort, d'allouer des prestations au demandeur, la Cour de justice ne saurait se voir reprocher d'avoir violé le droit fédéral sur ce point.
7.
Dans son recours joint, le demandeur reproche à l'autorité cantonale d'avoir réduit l'indemnité due par la défenderesse de 20% (à savoir de 300'000 fr.), faute de consultation médicale appropriée le jour même de l'accident. Comme il ne s'est pas rendu chez un simple médecin généraliste, mais au service des urgences d'un hôpital moderne et équipé, la Cour de justice aurait violé les art. 14 al. 2, 61 al. 2 LCA et 4 CC en estimant qu'il n'avait pas totalement respecté son obligation de se soumettre à toutes les mesures thérapeutiques propres à réduire le dommage.
7.1 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 sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1); si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). 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. Hönger/Süsskind, Commentaire bâlois, n. 5 ad art. 61 LCA), à savoir, en matière d'assurance accidents, 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). Dans ce cadre, les principes de
l'art. 14 al. 2 LCA sont également applicables: seule une faute grave ("grober Fehler"), à l'exclusion d'une faute moyenne ou légère, peut donc justifier une réduction de prestation (ATF 128 III 34 consid. 5c p. 38 et les références). Commet une faute grave celui qui viole un devoir élémentaire de prudence qui, dans les mêmes circonstances, se serait imposé à toute personne raisonnable (ATF 119 II 443 consid. 2a p. 448 et les arrêts cités); pour en juger, il ne faut pas se fonder sur un critère individuel mais sur un critère objectif, qui tienne compte des circonstances concrètes (Roelli/Keller, op. cit., p. 255). Déterminer dans le cas concret si une faute doit être qualifiée de grave relève du jugement de valeur et repose largement sur l'appréciation du juge (arrêt non publié du 6 juin 1930, reproduit in RBA VI [1927-1930]n°76 p. 150). En pareil cas, le Tribunal fédéral fait preuve de retenue et n'intervient que si le juge a abusé de son pouvoir d'appréciation, en se référant à des critères dénués de pertinence ou en ne tenant pas compte d'éléments essentiels, ou lorsque la décision, dans son

résultat, heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité (ATF 128 III 121 consid. 3d/aa p. 124; 126 III 266
consid. 2b p. 273 et les références).
7.2 En l'espèce, la Cour de justice a considéré qu'il était incompréhensible, compte tenu des circonstances et, en particulier, de la vive douleur au dos qu'il avait ressentie en remontant à la surface, que le demandeur, plongeur expérimenté, n'ait pas immédiatement consulté un spécialiste de la médecine hyperbare ou sollicité, devant le diagnostic établi par un urgentiste généraliste, un deuxième avis d'un médecin spécialisé et outillé pour réagir à ce type d'accident. S'il n'était pas certain que le comportement qu'on pouvait attendre du demandeur aurait été de nature à éliminer toute forme d'atteinte à sa santé, du moins était-il propre à réduire celle-ci dans une mesure importante. Dans ces conditions, il se justifiait de réduire l'indemnité due par l'assurance, en application de l'art. 61 al. 2 LCA.
Contrairement à l'opinion des juges cantonaux, le fait de se rendre au service des urgences d'un hôpital au lieu de consulter immédiatement un spécialiste en médecine hyperbare ou de n'avoir pas sollicité, après le premier diagnostic, un deuxième avis d'un spécialiste en la matière, ne saurait constituer une faute grave au sens de l'art. 14 al. 2 LCA, une éventuelle erreur de diagnostic de la part de l'hôpital ne pouvant être mise à la charge de l'assuré. En considérant qu'il se justifiait de réduire l'indemnité de 20% eu égard au "manque de diligence" - qui ne saurait être assimilé à une faute grave - dont celui-ci aurait fait preuve, la Cour de justice a abusé de son pouvoir d'appréciation et, partant, violé le droit fédéral.
La défenderesse prétend à tort que le demandeur n'a pas soulevé, dans son recours joint, la violation des art. 14 al. 1, 61 al. 2 LCA et 4 CC. Par ailleurs, dans la mesure où elle soutient que, selon la cour cantonale, le demandeur s'est exclusivement plaint de douleurs persistantes à l'épaule et n'a mentionné l'existence de douleurs au dos que devant le Tribunal de première instance, elle s'écarte, de manière irrecevable (art. 63 al. 2 OJ), des constatations de l'arrêt entrepris. Au demeurant, elle perd de vue que ce qui est décisif, c'est que le demandeur ait rapporté à l'urgentiste généraliste les événements en relation avec la plongée et ses conséquences. Enfin, invoquer "qu'en présence d'une suspicion de troubles médullaires, le médecin consulté n'aurait pas manqué d'en faire état dans son diagnostic" n'est qu'une pure supposition, qui ne trouve aucun appui dans l'état de fait arrêté par la Cour de justice.
Le recours joint doit dès lors être admis à cet égard et la réduction de 20% opérée par l'autorité cantonale supprimée, étant précisé que la diminution de 40% liée au vol en avion n'a pas été remise en cause.
8.
Le demandeur fait aussi grief à l'autorité cantonale d'avoir admis que La Genevoise, Compagnie générale d'Assurances, n'avait pas qualité pour défendre à l'action en remboursement de frais médicaux fondée sur le contrat conclu avec La Genevoise, Compagnie d'Assurances sur la Vie. Il se plaint sur ce point d'une violation du principe de la bonne foi et de son corollaire, l'interdiction de l'abus de droit (art. 2 al. 2 CC), ces deux sociétés ayant adopté une attitude contradictoire en entretenant volontairement la confusion entre elles.
8.1 Selon l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence (ATF 129 III 493 consid. 5.1 p. 497 et les arrêts cités). L'adjectif "manifeste" indique qu'il convient de se montrer restrictif dans l'admission de l'abus de droit (arrêt 4C.385/2001 du 8 mai 2002, consid. 5b non publié aux ATF 128 III 284; arrêt 4C.225/2001 du 16 novembre 2001, publié in SJ 2002 I p. 405, consid. 2b p. 408 s.). Les cas typiques sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (cf. ATF 129 III 493 consid. 5.1 p. 497 et les arrêts cités; 127 III 357 consid. 4c/bb p. 364). La règle prohibant l'abus de droit autorise certes le juge à corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Cependant, son application doit demeurer restrictive et se concilier avec la finalité, telle que le législateur l'a voulue, de la norme
matérielle applicable au cas concret (ATF 107 Ia 206 consid. 3b p. 211 et les références citées).
8.2 Dans le cas particulier, la cour cantonale a retenu que l'assuré avait conclu trois polices d'assurance, soit une assurance accidents avec La Genevoise, Compagnie générale d'Assurances (ou Genevoise assurances), et une assurance contre la maladie ainsi qu'une assurance sur la vie avec La Genevoise, Compagnie d'Assurances sur la Vie (ou Genevoise vie), ces entités revêtant la forme de deux sociétés anonymes distinctes. Le contrat d'assurance contre la maladie conclu avec cette dernière indiquait clairement quelle société avait accepté de couvrir ce risque. L'intéressé n'a cependant pas actionné La Genevoise, Compagnie d'Assurances sur la Vie,

mais seulement La Genevoise, Compagnie générale d'Assurances. Dans sa réponse, cette dernière relève, à juste titre, qu'elle n'est pas débitrice des frais médicaux litigieux. Le demandeur ne le conteste du reste pas. Dès lors, la défenderesse ne saurait être condamnée à payer les frais précités. Des arguments tels que "venire contra factum proprium" ne sont d'aucun secours au demandeur. Par ailleurs, celui-ci n'invoque pas, par exemple, une reprise de dette par la défenderesse. Dans ces conditions, il ne peut être suivi lorsqu'il reproche à l'autorité cantonale d'avoir admis le défaut de
légitimité passive de celle-ci.
9.
En conclusion, le recours principal doit être rejeté et le recours joint partiellement admis, dans la mesure où ils sont recevables. La défenderesse sera ainsi condamnée à payer au demandeur la somme de 900'000 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 31 août 1994, la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer n°xxxx notifié par l'Office des poursuites de Genève étant prononcée à concurrence de ce montant.
La défenderesse soutient, il est vrai, que le grief relatif au prononcé de la mainlevée ne serait pas suffisamment motivé, puisque le demandeur se contente d'invoquer l'art. 80 al. 1 LP et que, d'ailleurs, un tel grief relève de la violation du droit d'être entendu garanti par la Constitution fédérale et doit par conséquent être soulevé dans un recours de droit public. Toutefois, comme la défenderesse le précise elle-même, la Cour de justice, qui a "débouté les parties de toutes autres conclusions", a de ce fait rejeté le chef de conclusions relatif à la mainlevée. Certes, elle n'en a pas exposé les motifs et le demandeur aurait pu se plaindre, dans son recours de droit public, d'une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) sous son aspect du droit à une décision motivée. Dans le présent recours en réforme, il peut néanmoins faire valoir une mauvaise application du droit fédéral - ce qu'il a fait en soulevant le grief de violation de l'art. 80 al. 1 LP et en exposant brièvement que l'autorité cantonale a omis de statuer sur le chef de conclusions qu'il avait pris à ce sujet. Or, la cour de céans doit appliquer le droit d'office, sur la base des faits constatés (art. 63 al. 1 et 2 OJ). Dès lors que les faits nécessaires au prononcé de la mainlevée définitive résultent de l'arrêt entrepris, il y a donc bien lieu d'ordonner celle-ci.
10.
Vu ce qui précède, il se justifie de répartir les frais judiciaires entre les parties (art. 156 OJ) et de condamner la défenderesse à verser au demandeur une indemnité à titre de dépens (art. 159 OJ). L'affaire sera par ailleurs renvoyée à l'autorité cantonale pour qu'elle se prononce à nouveau sur les frais et dépens de la procédure cantonale.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours principal est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2.
Le recours joint est partiellement admis dans la mesure où il est recevable et l'arrêt entrepris est réformé en ce sens que la défenderesse est condamnée à verser au demandeur la somme de 900'000 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 31 août 1994, la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer n°xxxx notifié par l'Office des poursuites de Genève étant prononcée à concurrence de ce montant.
3.
Un émolument judiciaire global de 16'000 fr. est réparti entre les parties à raison de 13'500 fr. à la charge de la défenderesse et de 2'500 fr. à la charge du demandeur.
4.
La défenderesse versera au demandeur une indemnité de 15'000 fr. à titre de dépens.
5.
La cause est renvoyée à l'autorité cantonale pour nouvelle décision sur les frais et dépens de la procédure cantonale.
6.
Le présent arrêt est communiqué en copie aux mandataires des parties et à la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève.

Lausanne, le 18 octobre 2006
Au nom de la IIe Cour civile
du Tribunal fédéral suisse

Le président: La greffière: