

CI 00 18

JUGEMENT DU 11 JUIN 2001

1^{ère} COUR CIVILE

Composition de la Cour : MM. les juges H. Murmann, président ad hoc, N. Stoffel et A. Morand; greffière : M^e
F. Troillet

dans la cause

X , demandeur, représenté par Me Vincent Hertig, avocat au Châble,

contre

Compagnie d'Assurances Y , défenderesse, représentée par Me Marius-Pascal Copt,
avocat à Martigny

(Contrat d'assurance)

PROCEDURE

A. Le 10 mars 1999, X a ouvert action contre la Compagnie d'Assurances Y (ci-après : la Y) concluant au paiement de 14'940 fr. à titre d'indemnités journalières de perte de gain. Répondant le 26 avril 1999, la Y a conclu au rejet de la demande.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans la suite de la procédure.

B. L'instruction a comporté le dépôt de pièces, l'audition de témoins et l'interrogatoire du demandeur.

C. Le dossier a été transmis pour jugement le 24 janvier 2000.

D. Au débat final, les parties ont confirmé leurs conclusions antérieures.

SUR QUOI LE TRIBUNAL CANTONAL

I. Statuant en faits

1. X est le gardien de la cabane du Vêlan. Le contrat qui le lie à la section genevoise du Club Alpin Suisse lui impose une présence à celle-ci durant le printemps et l'été. Il a conclu avec la Y une assurance accidents individuelle. Selon l'art. 8A des conditions générales, en cas d'incapacité de travail constatée par le médecin, la Compagnie paie l'indemnité journalière convenue - en l'espèce, 120 fr. - pendant la durée du traitement médical. L'indemnité est due intégralement aussi longtemps que l'assuré est complètement incapable de travailler et réduite proportionnellement aussi longtemps que cette incapacité n'est que partielle. Le contrat prévoit aussi le

renoncement au cumul des prétentions notamment lors de prestations servies en cas d'accident par la Caisse Y d'assurances, l'Assurance invalidité ou l'Assurance militaire (art. 11B CG).

2. a) Le 23 février 1997, X a fait une chute à ski et s'est blessé à la cheville. Le lendemain, 24 février, il a consulté le docteur B qui a constaté un oedème et une douleur de la région péri-malléolaire externe. Ce médecin a prescrit un traitement anti-inflammatoire ainsi que de la physiothérapie; il a retenu une incapacité de travail de 100% du 23 février au 11 mars 1997 et de 75% dès le 12 mars 1997. X s'est encore rendu chez ce médecin le 10 avril, le 22 mai et le 31 mai 1997. Comme il était à la cabane du Vélain le 10 avril, il a été amené chez le médecin par hélicoptère, sur le conseil de celui-ci. Il n'a pas été allégué qu'il aurait utilisé le même moyen de transport pour ses consultations du 22 et du 31 mai 1997. Un certificat du docteur B daté du 18 juin 1997 confirme que le traitement entrepris le 24 février précédent est en cours et qu'une incapacité de travail de 75% subsiste.

b) En raison de la persistance des douleurs, X a consulté le docteur G, médecin orthopédiste à l'hôpital de Martigny le 10 avril 1997. Lors d'une deuxième consultation, le 28 mai 1997, ce médecin a constaté une incapacité de travail de 75% depuis le 23 février 1997 et a proposé un IRM de la cheville, lequel a été pratiqué par le docteur Fournier le 6 juin suivant. Le 13 août 1997, le docteur Caramello qui remplaçait le docteur G pendant ses vacances a pris l'initiative d'établir, sur la base du dossier, un rapport médical à l'intention de la Y. Il y a écrit ce qui suit :

«L'IRM pratiquée le 6 juin 1997 n'a montré qu'un épanchement intra-articulaire, sans autre lésion appréciable. Il a été conseillé au patient le port de chaussures montantes. Le patient a ensuite été adressé à son médecin traitant le Dr D [recte : B] au Châble. Il lui a été précisé que si le patient remontait en cabane, sa capacité de travail pourrait être complète. Il vous faut donc vous référer au Dr D au Châble pour qu'il vous précise la date de la reprise complète du travail.»

S'agissant du point de la déclaration concernant la capacité de travail, le docteur C a précisé en procédure qu'il s'était fondé sur une lettre du docteur G au docteur D datée du 1er juillet 1997.

c) Le 8 avril 1997, la Y a remis par lettre à X une carte accident en vue d'établir le décompte des indemnités journalières, que celui-ci devait présenter à son médecin lors de chaque consultation et retourner pour le 30 avril 1997. N'ayant pas obtenu de réponse, la X a relancé son assuré le 7 mai 1997.

Le 10 juin 1997, la Y a réclamé au docteur B un formulaire qu'elle lui avait adressé le 7 mai 1997. Le 19 septembre, elle en fait de même pour un formulaire qu'elle lui avait adressé le 18 août 1997. Le médecin a rempli le 10 octobre le formulaire du 19 septembre précédent. Sur la durée de l'incapacité de travail à 75% qui avait débuté le 12 mars 1997, il est mentionné ce qui suit :

«Le patient étant à la cabane du Vélan depuis le début de l'été, des contrôles n'ont pas pu être effectués depuis cette date. Selon les indications données par téléphone par le patient, il est toujours très gêné par ces douleurs et a dû engager du personnel supplémentaire pour le secourir. Il consultera dès qu'il sera descendu de la cabane du Vélan».

X s'est effectivement présenté chez le docteur B le 14 octobre 1997, pour des douleurs persistantes à la cheville. Dès l'établissement par ce médecin du certificat du 18 juin 1997, X n'a donc plus effectué de visites médicales jusqu'au 14 octobre 1997. Le docteur B a néanmoins signé le 29 juillet 1997 la carte accident réclamée par la Y constatant la reprise du travail à 25% dès le 12 mars 1997.

d) Ainsi, après l'IRM pratiqué le 6 juin 1997, X a été renvoyé à son médecin traitant lequel devait se prononcer sur la capacité de travail dont le docteur G supposait qu'elle pouvait être totale en cas de retour à la cabane du Vélan. A défaut de nouvelle consultation,

avant le 14 octobre 1997, le docteur B n'a pas été en mesure de déterminer, comme il ressort du certificat du 10 octobre 1997, la durée de l'incapacité de travail de 75% précédemment retenue.

3. a) Le 3 novembre, X a à nouveau consulté le docteur G. Dans un rapport médical du 28 novembre 1997, ce médecin relève la persistance des douleurs et propose de requérir de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande à Lausanne un avis complémentaire. S'agissant de l'incapacité de travail, il écrit :

«Une reprise en plein n'a pas été possible étant donné la persistance des douleurs qu'il a présentées et l'incapacité de travail à 75% a été maintenue».

X s'est rendu à l'Hôpital orthopédique une première fois le 27 novembre 1997. L'incapacité de travail a été fixée à 50% par cet établissement dès le 1er décembre 1997, sans que l'on sache ce qui a pu justifier la diminution de 75 à 50%

Le 3 mars 1998, le docteur U de l'Hôpital orthopédique a pratiqué une arthroscopie qui a permis de lever un "impingement" antéro-externe et qui a été déterminante pour l'établissement du diagnostic. Selon lui, si cet acte médical avait été entrepris plus tôt, la guérison de la chondropathie post-traumatique n'aurait pas été plus rapide, mais la symptomatologie douloureuse due à "l'impingement" antéro-externe aurait été diminuée. L'incapacité de travail a été totale du 3 au 16 mars 1998 et de 25% du 17 au 31 mars 1998. Dès le 1er avril, X a recouvré une pleine capacité de travail. Il ressentait cependant encore des douleurs résiduelles lors d'une consultation du 4 juin 1998. Le docteur U lui a recommandé la poursuite du traitement conservateur par le port de chaussures montantes et lui a expliqué qu'il n'était pas rare que des douleurs issues d'une chondropathie post-traumatique régressent progressivement avec le temps.

b) De ce qui précède, la Cour retient que si X n'avait pas suspendu toute consultation médicale du 18 juin au 14 octobre 1997, à

savoir pendant pendant près de 4 mois, il aurait recouvré plus tôt sa pleine capacité de gain.

4. A la suite de l'accident du 23 février 1997, la γ a versé à \times des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 75% du 26 mars au 18 juin 1997, de 50% du 1er décembre 1997 au 2 mars 1998, de 100% du 3 mars au 16 mars 1998 et de 25% du 17 mars au 31 mars 1998. Elle a refusé toutes prestations pour la période allant du 19 juin au 30 novembre 1997 pour le motif que l'assuré n'a pas suivi de traitement médical régulier pendant cette période.

II. Considérant en droit

5. La valeur litigieuse s'élève à 14'490 fr. et fonde la compétence du Tribunal cantonal en première et unique instance cantonale (art. 23 al. 1 let. b CPC).

6. Les parties sont liées par un contrat d'assurance accident régi par la police établie le 22 mars 1994, les conditions générales annexées à celle-ci et, pour les points non expressément convenus, les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; art. 24 CG).

Le demandeur soutient qu'il a été en incapacité de travail à 75% pendant la période litigieuse s'étendant du 19 juin au 30 novembre 1997 et qu'il a droit aux indemnités journalières proportionnelles à ce taux d'incapacité. La défenderesse s'oppose au paiement pour le motif que les indemnités sont dues pendant la durée du traitement médical et que son assuré n'a suivi aucun traitement entre le 19 juin et le 30 novembre 1997.

a) A la demande de l'assureur, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent notamment servir à fixer les conséquences du sinistre (art. 39 al. 1 LCA). Le

devoir de l'assuré de fournir à l'assureur les renseignements propres à établir le bien-fondé de la prétention constitue une incombance dont la violation entraîne la perte de tout ou partie des prestations d'assurance (Keller, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, p. 555 ss, et les références citées).

L'art. 61 LCA, comme l'art. 44 CO, consacre un principe essentiel en droit des assurances, à savoir l'obligation pour l'assuré de faire son possible pour réduire le dommage. Ce principe est aussi applicable à l'assurance de personnes. Il découle du principe de la bonne foi. Ainsi, en matière d'assurance maladie ou accident, l'assuré est tenu de consulter un médecin et de se soumettre au traitement préconisé (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, p. 346; RBA XVIII n. 48).

b) Selon l'art. 8A des CG liant les parties, en cas d'incapacité de travail constatée par le médecin, la Compagnie paie l'indemnité journalière convenue pendant la durée du traitement médical. L'octroi d'indemnités suppose donc la réalisation de deux conditions : d'une part le constat d'une incapacité de travail par un médecin, d'autre part un traitement médical, cette dernière condition ne constituant d'ailleurs que la concrétisation de l'obligation de l'assuré de réduire le dommage.

Entre le 18 juin et le 14 octobre 1997, le demandeur n'a plus consulté de médecin bien qu'il prétende avoir souffert constamment de sa cheville. Un tel comportement équivaut de facto à la suspension du traitement médical et à la prolongation des conséquences de l'accident du 23 février 1997. Cette attitude va donc à l'encontre de l'obligation générale de réduction du dommage et constitue une violation des obligations découlant du contrat. Elle a également eu pour conséquence de ne pas permettre au Dr B , dans le certificat établi le 10 octobre 1997, de se prononcer sur la persistance ou non d'une incapacité de travail du demandeur et dans quelle mesure pour la période du 18 juin au 14 octobre 1997. La défenderesse n'a ainsi pas pu obtenir un renseignement déterminant pour sa prestation par le fait du demandeur ce qui constitue aussi une violation du contrat. L'on ne saurait de plus

admettre que l'assuré - qui prétend avoir souffert pendant tout l'été de sa cheville - renonce de lui-même et pour la durée qui lui convient à toute visite médicale pour ne reprendre ses consultations qu'une fois la saison de cabane terminée, prolongeant ainsi selon son bon vouloir l'incapacité qui lui avait été précédemment reconnue. Si l'éloignement de la cabane rendait difficile la poursuite des consultations, il devait en informer son assureur, mais ne pouvait retarder à sa guise le traitement et ainsi repousser la date du recouvrement de sa pleine capacité de travail tout en bénéficiant des prestations de la défenderesse. Dès lors, en l'absence de traitement entre le 18 juin et le 14 octobre 1997, l'assurance était en droit de refuser ses prestations pendant cette période.

L'on doit en revanche considérer que le demandeur a repris le traitement en consultant le docteur B le 14 octobre 1997, puis le docteur G le 3 novembre et enfin l'Hôpital orthopédique dès le 27 novembre. Dès le 14 octobre 1997, les indemnités journalières lui sont dues au taux admis par le docteur G à savoir 75% jusqu'à la prise en charge par l'Hôpital orthopédique. Ainsi, pour les 18 jours d'octobre et les 30 jours de novembre 1997, le demandeur a droit à 4'320 fr. (48 X 120 X 75%).

7. S'agissant de l'intérêt moratoire, l'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance, conformément aux règles générales du droit des obligations (Olivier Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, ad art. 41 LCA p. 301). En l'espèce, à défaut de mise en demeure justifiée par pièces, l'intérêt moratoire est dû dès l'ouverture d'action le 10 mars 1999.

8. a) En règle générale, les frais sont mis à la charge de la partie qui succombe. Lorsque aucune des parties n'a entièrement gain de cause, ils sont répartis proportionnellement entre elles (art. 252 al. 1 CPC).

En l'espèce, le demandeur se voit allouer le 30% de sa prétention; il a néanmoins dû procéder pour obtenir son dû. Les frais sont dès lors mis pour 3/5ème à sa charge et pour 2/5ème à celle de la défenderesse.

b) Les frais comprennent les débours de l'autorité et l'émolument de justice.

aa) Les débours se composent en l'espèce des indemnités pour les des témoins (238 fr.), des frais de l'hôpital orthopédique (42 fr.) et des frais d'huissiers (75 fr.), en tout 355 francs.

bb) Selon l'art. 14 LTar, pour les contestations civiles de nature pécuniaire d'une valeur litigieuse comprise entre 8001 et 20'000 fr., l'émolument est fixé entre 1'000 et 3'000 francs. Compte tenu de cette valeur en l'espèce, soit 14'940 fr., de la difficulté de la cause et de l'ampleur de l'instruction, la Cour retient un émolument de 2045 fr. de telle sorte que les frais du Tribunal s'élèvent au montant total global de 2'400 fr. dont 960 fr. sont la charge de la défenderesse et 1440 fr. à celle du demandeur.

Vu les avances de 1200 fr. fournies par chaque partie, le demandeur remboursera 240 fr. à la défenderesse.

c) Les dépens, arrêtés globalement, comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre et ses frais d'avocat (art. 3 al. 1 LTar). Les frais d'avocat comprennent les honoraires et les débours (art. 3 al. 3 LTar).

Les débours doivent être justifiés (art. 30 al. 2 LTar) et sont pris en compte à leur coût effectif. Ainsi, les frais de copie ne sauraient dépasser 0.50 fr./pièce, alors que l'indemnité de déplacement est fixée à 0.60 fr./kilomètre (ATF 118 Ib 349 consid. 5 p. 352; 117 Ia 22 consid. 4b p. 24).

Les honoraires du mandataire sont fixés entre le minimum et le maximum prévu par la LTar, d'après la nature et l'importance de la cause, les difficultés qu'elle présente, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré et la situation financière des parties (art. 26 al. 1 LTar). Ils ne sauraient toutefois être fixés uniquement en fonction du temps, sur la base d'une rétribution horaire, le temps n'étant qu'un des facteurs à prendre en compte. Comme l'a précisé le Tribunal fédéral dans un arrêt récent (ATF D. du 4.12.2000 1P.417/2000), la LTar ne prévoit aucunement l'évaluation des honoraires sur la base d'un tarif horaire; le juge doit seulement effectuer une appréciation sur la base de critères généraux, dans le cadre des limites prescrites.

La valeur litigieuse de l'espèce justifie un honoraire compris entre 2100 et 3000 fr. (art. 32 al. 1 LTar). Eu égard à la difficulté de la cause, à l'ampleur du travail des avocats, au temps utilement consacré à la cause, les honoraires doivent être fixés pour les deux parties à 2800 fr.; à ce montant s'ajoutent des débours fixés forfaitairement à 200 francs. Vu le sort des frais, le demandeur versera 1800 fr. à la défenderesse pour ses dépens; celle-ci versera à ce titre au demandeur 1200 francs.

Par ces motifs,

