

C1 00 183

JUGEMENT DU 12 AVRIL 2002

II^E COUR CIVILE

Composition de la Cour : Jean-Pierre Derivaz, président; Françoise Balmer Fitoussi, Stéphane Spahr, juges; Christian Zuber, greffier.

dans la cause

X , demandeur, représenté par M^e Léo Farquet, avocat à
Martigny,

contre

Y , défenderesse, représentée
par M^e Jean-Jérôme Crittin, avocat à Sion.

(contrat d'assurance)

PROCEDURE

Par mémoire du 14 février 2000, X a introduit action contre le Y tendant au paiement d'un montant de 13'000 fr., avec intérêt à compter du 21 avril 1999.

Dans sa réponse du 25 mai 2000, le Y a conclu au rejet de la demande.

Les moyens de preuves administrés ont consisté en l'interrogatoire du demandeur, l'audition d'un témoin, le dépôt et l'édition de pièces.

L'instruction close, le juge des districts de Martigny et Saint-Maurice a transmis les actes de la cause au Tribunal cantonal, le 19 octobre 2000.

Les parties sont convenues de renoncer aux plaidoiries et de déposer en lieu et place un mémoire-conclusions. Le demandeur, le 15 mars 2002, et la défenderesse, le 12 mars 2002, ont confirmé leurs conclusions initiales après les avoir motivées.

SUR QUOI LE TRIBUNAL CANTONAL

I. Statuant en faits

1. a) Le Y a pour but l'exploitation de "tout genre d'assurances-vie et rentes, des assurances-maladie et invalidité indépendantes, ainsi que de la réassurance dans ces branches".

Au mois de septembre 1996, le Y a offert à certains de ses assurés une "toute nouvelle assurance" : le versement d'un capital en cas d'invalidité ou de décès par suite de maladie. Cette prestation était offerte "gratuitement pour la période allant du 1^{er} octobre au 31 décembre 1996, et ce sans qu'aucun examen de santé ne soit exigé". Le Y adressait aux destinataires un exemplaire des

conditions générales et un tableau indiquant, par tranche d'âge, le capital assuré et la prime mensuelle correspondante.

L'"offre unique" spécifiait que si le destinataire n'entendait pas l'accepter, il devait renvoyer le "coupon" annexé jusqu'au 30 septembre 1996. La société d'assurances attirait son attention sur la nécessité de remplir un "questionnaire de santé" et, éventuellement, de se soumettre à un examen médical dans l'hypothèse où, ultérieurement, il entendait souscrire à ce type d'assurance.

P , chef de groupe au sein du département assurance-vie de la défenderesse, a exposé que le fait de ne pas solliciter des renseignements sur l'état de santé constituait un "procédé de conclusion du contrat inhabituel".

b) A une date qui ne résulte pas des actes de la cause, X , né en 1945, a contracté auprès du Y une assurance obligatoire de soins. Au mois de septembre 1996, il a reçu l'offre précitée et n'a pas renvoyé le "coupon" annexé. Le capital assuré s'élevait à 13'000 fr. pour un homme de son âge et la prime mensuelle à 20 francs.

c) X est atteint dans sa santé depuis plusieurs années. Son état s'est aggravé à compter de 1992. Le 25 mai 1993, la commission de l'assurance-invalidité du canton du Valais a arrêté son taux d'invalidité à 50 % du 1^{er} février au 30 juin 1992 et à 100 % du 1^{er} juillet 1992 au 28 février 1993. Les incapacités de travail se sont par la suite multipliées : trois mois en 1994, quelque dix mois en 1995, dont six mois d'interruption partielle, et quatre mois en 1996.

Le 23 septembre 1996, X a adressé à l'office cantonal AI du Valais une demande de prestations. Le 20 avril 1999, cette autorité constatait que le demandeur avait "à nouveau présenté une incapacité de travail totale depuis le 31.01.1995, soit dans le cadre du délai de trois ans qui a suivi la date à laquelle" sa "rente avait été limitée, à savoir au 28.02.1993". L'office cantonal AI arrêta le degré d'invalidité de l'intéressé à 100 % du 1^{er} septembre 1995 au 30 juin 1996, soit "après le délai réglementaire de trois mois qui a suivi" la "reprise d'activité à 100 %" du 4 mars 1996. Elle considérait, par ailleurs, qu'en raison d'une nouvelle aggravation de son état de santé à compter du 20 septembre 1996, son incapacité de travail était totale, en sorte qu'il bénéficiait, à nouveau, d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 1996. L'office

cantonal AI classait, par ailleurs, le dossier de X "étant donné que des mesures de réadaptation" n'étaient pas de nature à améliorer sa capacité de gain.

d) A plusieurs reprises, X a réclamé au Y le versement du capital assuré. Le 9 juillet 1999, la défenderesse, se référant au prononcé de l'office cantonal AI, lui signifiait l'annulation, avec effet rétroactif, de la couverture en cas d'invalidité ou de décès par suite de maladie parce que son invalidité était antérieure à l'entrée en vigueur du contrat.

II. Considérant en droit

2. Déterminée par les conclusions de la demande, la valeur litigieuse s'élève à 13'000 francs. Elle fonde la compétence du Tribunal cantonal pour juger la présente affaire en première et unique instance (art. 23 al. 1 let. b CPC en relation avec l'art. 46 OJ).

3. La défenderesse, se prévalant de l'article 9 LCA, considère que le contrat est nul.

a) A teneur de cette disposition, le contrat d'assurance est nul sous réserve des cas prévus à l'article 100, 2^{ème} alinéa, si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu.

La règle de l'article 9 LCA repose sur le principe selon lequel le caractère aléatoire est un élément essentiel du risque assurable (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2000, p. 160). L'événement contre les conséquences duquel le preneur d'assurance entend se prémunir est un événement futur et incertain, donc possible, à l'exclusion par conséquent d'un événement déjà réalisé ou en train de s'accomplir (ATF 127 III 21 consid. 2b; 118 V 158 consid. 4b et 5; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^{ème} éd., 1995, p. 243; Nef, Commentaire bâlois, n. 1 ss ad art. 9 LCA; Roelli/Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, 2^{ème} éd., 1968, p. 172; Viret, Droit des assurances privées, 1985, p. 92). Le risque constitue, en effet, la justification économique de l'assurance. Sa réalisation doit intervenir pendant la période de validité temporelle du contrat (Meuwly, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 34 et 44). Si la réalisation du risque se situe à l'extérieur de cette

période, c'est-à-dire avant le début de la période de protection du contrat ou après, l'assuré ou l'ayant droit ne pourra faire valoir aucune prétention à l'encontre de son assureur (Meuwly, op. cit., p. 150 s.).

Le contrat perd sa raison d'être si, lors de sa conclusion, le risque avait disparu ou si le sinistre – qui est la réalisation du risque – était déjà survenu (Viret, op. cit., p. 82; cf. ég. Roelli/Keller, op. cit., n. 6 p. 174). La disparition du risque est fondée sur un état de fait objectif; peu importe que les parties aient conscience ou non de la situation (ATF 127 III 21 consid. 2a; Koenig, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^{ème} éd., 1967, p. 160; Nef, op. cit., n. 17 ad art. 9 LCA; Roelli/Keller, op. cit., p. 174; Viret, loc. cit.). Ainsi, l'assureur maladie, par exemple, n'est pas tenu de verser les prestations convenues dans l'hypothèse où l'assuré a connaissance d'une maladie, objectivement antérieure à la conclusion du contrat, postérieurement à celle-ci (Koenig, op. cit., p. 477).

En principe, l'offre de conclure émane du preneur d'assurance ou, plus exactement, du futur preneur d'assurance (proposant), même si l'intéressé fait usage d'une formule de l'assureur et si celle-ci a été remplie avec l'aide d'un agent d'assurance (ATF 120 II 133 consid. 4b). Le contrat est alors conclu dès que l'acceptation de l'assureur est parvenue au proposant (Nef, op. cit., n. 18 ad art. 9 LCA; Viret, op. cit., p. 85). L'assureur intervient comme proposant dans certains cas, telles, par exemple, les assurances par tickets ou automates en usage dans l'assurance contre les accidents de voyage et des bagages ou lorsqu'il accepte la proposition sous condition, en la modifiant, ou avec retard. En pareille hypothèse, seules les dispositions générales du Code des obligations régissent la conclusion du contrat (ATF 126 III 82 consid. 3b; 120 II 133 consid. 4b).

L'article 9 LCA est une disposition impérative selon l'article 97 al. 1 LCA, en sorte que les parties ne peuvent convenir d'y déroger (Nef, op. cit., n. 26 ad art. 9 LCA). L'article 9 LCA est considéré comme d'ordre public (ATF 118 V 158 consid. 5c). Le juge doit, d'office, constater la nullité du contrat lorsque les conditions de cette disposition sont réalisées (Nef, op. cit., n. 27 ad art. 9 LCA; Roelli/Keller, op. cit., p. 180).

L'article 9 LCA est applicable aux modifications du contrat, par exemple à une extension de la couverture (Nef, op. cit., n. 4 ad art. 9 LCA).

b) Conformément à l'article 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 118 V 79 consid. 3a; 112 V 277 consid. 1b). Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir le droit à des prestations d'assurance (ATF 118 V 79 consid. 3a; 111 V 121 consid. 1b).

c) En l'espèce, l'offre de la nouvelle assurance émanant du Y - capital en cas d'invalidité ou de décès par suite de maladie - est parvenue à X au mois de septembre 1996. Le demandeur l'a tacitement acceptée dès lors qu'il n'a pas renvoyé le "coupon" dans le délai échéant le 30 septembre 1996. Au demeurant, X en se prévalant de la validité du contrat, admet que son silence valait acceptation de l'offre (sur l'admissibilité de l'acceptation tacite, cf. art. 6 CO; Carré, op. cit., p. 101; Schmidlin, Commentaire bernois, n. 60 ad art. 6 CO; Stoessel, Commentaire bâlois, n. 6 ad art. 1 LCA). Le contrat d'assurance portant sur la prestation litigieuse a, en conséquence, été conclu à l'expiration du délai imparti pour refuser l'offre, soit le 1^{er} octobre 1996.

Le demandeur ignorait alors quel serait le sort réservé à la demande de prestations, adressée à l'office cantonal AI le 23 septembre 1996. Il n'en demeure pas moins qu'objectivement, l'invalidité était avérée. L'autorité compétente a constaté que X présentait une incapacité de travail totale depuis le 31 janvier 1995. La rente, limitée au 30 juin 1996, a été rétablie dès le 1^{er} septembre 1996. C'est dire que le risque est survenu avant la conclusion du contrat, en sorte que celui-ci est nul.

d) Les moyens que fait valoir le demandeur sont dénués de pertinence.

D'abord, l'absence de "certitude mathématique" sur le sort de la procédure tendant à l'obtention d'une rente d'invalidité et la date de la décision de l'office cantonal AI n'exercent aucune incidence sur la détermination - objective - de la survenance de l'invalidité. Le problème créé par l'invalidité est avant tout un problème de fait, ou d'ordre médical, que devront résoudre les professionnels de la santé (celui de

déterminer l'existence ou l'importance de l'invalidité) et dont le juriste reste totalement tributaire; il ne lui appartient pas de se substituer aux médecins afin de déterminer l'entrée de l'invalidité, mais seulement de se limiter à tirer des conséquences de leurs conclusions (cf. Meuwly, op. cit., p. 406).

Ensuite, l'intérêt économique de l'assuré, soit l'obtention d'un "gain complémentaire, propre à améliorer un tant soit peu la situation économique de l'invalidé, les rentes versées par l'AI constituant en elles-mêmes un apport modeste", et la réalisation du risque assuré ne font pas, à eux seuls, naître à charge de l'assureur son obligation de prestation. L'événement dommageable doit, de surcroît, survenir postérieurement à la conclusion du contrat.

Il appartient, par ailleurs, à l'assureur de déterminer dans quels cas la personne à assurer doit se soumettre à un examen médical (Viret, op. cit., p. 77). Il n'existe, en effet, pas d'obligation générale de l'assureur de se renseigner sur les faits importants pour l'appréciation du risque (ATF 116 II 345 consid. 4; Carré, op. cit., p. 127; Nef, op. cit., n. 20 ad art. 4 LCA). La renonciation à inviter l'assuré à répondre à des questions prive l'assureur de la connaissance de faits importants pour l'appréciation du risque, propres à influencer sur sa volonté de contracter, voire de contracter à d'autres conditions (cf. art. 4 al. 1 LCA; Nef, op. cit., n. 1, 12 et 20 ad art. 4 LCA; Roelli/Keller, op. cit., p. 94). En revanche, une telle renonciation ne saurait étendre la validité temporelle du contrat ou être assimilée à l'engagement d'un "versement inconditionnel (...) du capital assuré".

Enfin, l'assureur ne commet pas de violation du principe de la bonne foi du seul fait qu'il se prévaut d'une clause d'exclusion des CGA - ou, comme, en l'espèce, d'une disposition impérative de la LCA -, alors même qu'il n'avait pas vérifié, lors de la conclusion du contrat, les éléments déterminants pour l'appréciation du risque (ATF 116 II 345 consid. 4).

C'est dire que la demande doit être rejetée.

4. X a qualité de partie qui succombe, en sorte qu'il doit supporter les frais et les dépens (art. 252 al. 1 CPC).

a) Déterminé en fonction de la valeur litigieuse, l'émolument de justice oscille entre 1000 fr. et 3000 fr. (art. 14 al. 1 LTar). Le degré de difficulté de la cause doit être qualifié de moyen. Aussi, eu égard aux principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations (art. 11 al. 2 LTar), l'émolument de justice est arrêté à 1886 fr.; les débours s'élèvent à 114 fr. (témoin : 39 fr., huissier : 75 fr.). Les frais de justice se montent ainsi à 2000 francs.

Compte tenu des avances effectuées par les parties, X
versera au Y le montant de 1000 fr. (2000 fr. – 1000 fr.) à titre de
remboursement d'avances.

b) Les honoraires oscillent entre 2100 fr. et 3000 fr. (art. 32 al. 1 LTar). L'activité déployée par le conseil de la défenderesse a, notamment, consisté à rédiger la réponse, le mémoire-conclusions, à prendre connaissance de la demande et à participer à deux séances. En tenant compte, par ailleurs, du degré de difficulté de la cause, ses honoraires sont arrêtés à 2560 fr., montant auquel s'ajoutent des débours fixés à 240 fr., soit une somme de 2800 francs.

Par ces motifs,

PRONONCE

1. La demande est rejetée.
2. Les frais, arrêtés à 2000 fr., sont mis à la charge de X
3. X versera au Y le montant de 1000 fr. à titre de remboursement d'avances et une indemnité de 2800 fr. à titre de dépens.

Ainsi jugé à Sion, le 12 avril 2002

AU NOM DU TRIBUNAL CANTONAL

Le Président

Le Greffier

Expédié comme acte judiciaire le 12 avril 2002 à :

- M^e Léo Farquet, avocat à Martigny
- M^e Jean-Jérôme Crittin, avocat à Sion