

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal



{T 0/2}
5C.192/2004 /frs

Arrêt du 14 décembre 2004 **Ile Cour civile**

Composition

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

Parties

Dame A. _____,
demanderesse et recourante, représentée par
Me Laurent Damond, avocat,

contre

X. _____,
défenderesse et intimée, représentée par
Me Pierre-Olivier Wellauer, avocat,

Objet

contrat d'assurance,

recours en réforme contre l'arrêt de la Chambre des
recours du Tribunal cantonal du canton de Vaud
du 24 juin 2004.

Faits:

A.

A.a De 1977 à 1986, A._____ a conclu cumulativement auprès de Y._____, société reprise depuis lors par X._____, les trois contrats d'assurance-vie suivants:

- une police du 24 octobre 1977, régie par les conditions générales d'assurance (ci-après: CGA) de 1974, qui lui garantissait notamment un capital de 6'210 fr. en cas de décès après maladie, en cas de vie à l'échéance du 1^{er} novembre 2012 et en cas d'invalidité permanente;
- une police du 19 janvier 1981, régie par les CGA de 1980, qui lui assurait notamment un capital en cas de décès, en cas de vie à l'échéance du 1^{er} février 2014 et en cas d'invalidité de 10'000 fr., plus un capital complémentaire déterminé selon une échelle dégressive;
- et une police du 21 mai 1986, régie par les CGA de 1983, qui lui garantissait notamment un capital de 14'000 fr. en cas de décès, en cas de vie à l'échéance du 1^{er} juin 2019 et en cas d'invalidité.

Chacune de ces polices libérait l'assuré du service des primes en cas d'incapacité de travail d'au moins 66 $\frac{2}{3}$ % et contenait une clause désignant le conjoint survivant comme premier bénéficiaire en cas de décès.

A.b L'art. 16 des CGA de 1983 – dont la teneur est identique à celle des art. 16 et 19 des CGA de 1974 et 16 des CGA de 1980 – prévoit que le capital est versé en cas de décès de l'assuré ou, au plus tard, en cas de vie à l'échéance convenue dans le contrat (ch. 1). Mais il précise que l'assurance s'éteint et que le capital assuré en cas de décès n'est pas dû si l'assuré décède dans les douze mois qui suivent le paiement du capital-invalidité (ch. 2 let. a).

B.

En novembre 1996, A._____ est tombé gravement malade. Dans les années qui ont suivi, il a subi de nombreuses incapacités de travail, en raison desquelles il a été libéré à plusieurs reprises du service des primes. Contraint de quitter son emploi en octobre 1999, il a informé l'assureur en mars 2000 qu'il espérait reprendre un jour son activité professionnelle. Mais, le 5 juillet 2000, il a déposé une demande de rente AI, admise par décision de l'Office de l'assurance invalidité pour

le canton de Vaud du 28 mai 2001. Informé du dépôt de cette demande le 5 septembre 2000, l'assureur a consulté le dossier AI en juin 2001 et versé à l'assuré le capital-invalidité des trois polices d'assurance le 5 juillet 2001.

Le 3 août 2001, A._____ est décédé des suites de sa maladie. L'assureur a alors refusé de verser le capital-décès à sa veuve, dame A._____, au motif que le décès était intervenu moins de douze mois après le versement du capital-invalidité (art. 16 CGA, cf. supra Ab).

C.

Dame A._____ a ouvert action le 31 mai 2002 contre X._____, en concluant, avec dépens, au paiement de 48'210 fr., correspondant à la somme des capitaux assurés en cas de décès dans les polices des 24 octobre 1977, 19 janvier 1981 et 21 mai 1986, avec intérêt à 5 % l'an dès le 2 mars 2001.

Par jugement du 13 mars 2003, le Tribunal civil de l'arrondissement de la Côte a admis l'action et condamné la défenderesse à payer la somme qui lui était réclamée, avec suite de frais et dépens.

Le tribunal a fondé son raisonnement, d'une part, sur l'art. 19 ch. 1 des CGA, qui définit l'invalidité au sens du contrat comme une incapacité de travail présumée permanente d'au moins 75 %, et, d'autre part, sur l'art. 21 ch. 1 des CGA, qui prévoit que les prestations dérivant de la police d'assurance doivent être versées dès que les justificatifs demandés ont permis à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré. En substance, les premiers juges ont considéré qu'un certificat du Dr B._____ de février-mars 2000, ainsi que deux certificats du Dr P._____, attestaient une incapacité de travail présumée permanente de 100 %, soit la survenance dès mars 2000 au plus tard du cas d'invalidité au sens de l'art. 19 ch. 1 des CGA. Selon les premiers juges, la défenderesse aurait dès lors dû verser le capital-invalidité en mars 2000 déjà, soit plus de douze mois avant le décès de l'assuré. La demande AI et la libération du service des primes auraient d'ailleurs aussi dû amener la défenderesse à verser ledit capital avant le 3 août 2000. En payant plus tard le capital-invalidité, la défenderesse avait violé l'art. 21 ch. 1 des CGA; à cet égard, peu importait que A._____ n'eût pas fourni des renseignements propres à établir ses prétentions, car il appartenait à la défenderesse de faire des contrôles plus poussés. Dès lors, les premiers juges ont considéré qu'en vertu de l'art. 156 CO, le paiement

du capital-invalidité était réputé avoir eu lieu plus de douze mois avant le décès de l'assuré et que la défenderesse ne pouvait en conséquence pas refuser de verser à la bénéficiaire les prestations assurées en cas de décès.

D.

Par arrêt du 24 juin 2004, la Chambre des recours du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par la défenderesse et rejeté, avec suite de frais et dépens, les conclusions de dame A._____.

La Chambre des recours a considéré qu'une incapacité de travail de durée indéterminée ne devait être considérée comme une incapacité de travail présumée permanente au sens de l'art. 19 ch. 1 des CGA que s'il était expressément spécifié que sa durée serait longue ou très longue. Parmi les certificats médicaux en possession de l'assureur avant le 3 août 2000, la cour cantonale a constaté que seul celui qu'avait rédigé le Dr B._____ entre le 23 février et le 7 mars 2000 mentionnait une incapacité de gain de plus de 75 % d'une durée indéterminée, mais sans indiquer que cette durée serait vraisemblablement longue ou très longue. Les autres certificats antérieurs au 3 août 2000 faisaient tous état de traitements ambulatoires ou de cures hospitalières de courte durée, ou d'incapacités de travail de durée déterminée. Quant aux certificats du Dr P._____ sur lesquels les premiers juges s'étaient fondés, ils dataient des 18 janvier et 19 avril 2001. Dans ces conditions, les certificats médicaux qui avaient été transmis à la défenderesse avant le 3 août 2000 ne l'obligeaient pas à considérer que l'incapacité de travail de l'assuré était permanente ou présumée telle. Il en allait de même de la libération des primes, qui supposait simplement une incapacité de travail temporaire de 66 2/3 % au moins, et du dépôt de la demande de rente AI. Du reste, l'assuré avait informé la défenderesse, en mars 2000 encore, qu'il espérait reprendre son activité professionnelle.

La cour cantonale a aussi considéré que la défenderesse n'avait pas l'obligation de s'informer de l'état de santé de A._____. Le fait que la défenderesse avait parfois pris spontanément des renseignements n'avait pas pour autant renversé le fardeau de la preuve (art. 8 CC), ni dispensé l'assuré d'apporter les éléments établissant que les conditions du versement du capital-invalidité étaient réalisées. En vertu de l'art. 39 de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1; ci-après : LCA), complété par l'art. 20

ch. 1 des CGA, c'était au contraire à l'assuré qu'il aurait incombé d'informer la défenderesse de son invalidité et de lui fournir tous les renseignements propres à l'en convaincre. La Chambre des recours en a conclu que l'on ne pouvait dès lors pas reprocher à la défenderesse d'avoir appris tardivement l'invalidité de son assuré.

En définitive, la défenderesse n'ayant pas contrevenu aux règles de la bonne foi, l'art. 156 CO ne pouvait être appliqué et l'action de la demanderesse devait être rejetée, vu l'art. 16 ch. 2 let. a des CGA.

E.

Contre cet arrêt, la demanderesse interjette un recours en réforme au Tribunal fédéral, en concluant, sur le fond, au paiement du capital-décès prévu par chacune des polices d'assurance, avec intérêts.

La défenderesse n'a pas été invitée à répondre au recours.

Le Tribunal fédéral considère en droit:

1.

Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 130 II 388 consid. 1; 129 II 225 consid. 1 et les arrêts cités; spécialement pour le recours en réforme: 129 III 288 consid. 2.1).

1.1 Le litige portant sur le paiement au bénéficiaire, selon l'art. 78 LCA, du capital-décès stipulé dans un contrat d'assurance-vie est une contestation civile de nature pécuniaire, qui peut être soumise au Tribunal fédéral par la voie du recours en réforme si la valeur litigieuse dépasse 8'000 fr. (art. 46 OJ). Selon l'article 47 al. 1 OJ, pour le calcul de la valeur d'un litige, les divers chefs de conclusions du demandeur doivent être additionnés, pourvu qu'ils ne s'excluent pas. Égale à la somme de toutes les prestations réclamées par la demanderesse sur la base des trois polices, la valeur du présent litige dans la dernière instance cantonale dépasse 8'000 fr., de sorte qu'au regard de l'art. 46 OJ, le recours en réforme est recevable pour le tout, lors même que l'une des prestations litigieuses est inférieure à 8'000 fr. (ATF 116 II 587 consid. 1).

Interjeté en temps utile contre une décision finale rendue par l'autorité suprême du canton, le présent recours est en outre recevable au regard des art. 48 al. 1 et 54 al. 1 OJ.

1.2 Saisi d'un recours en réforme, le Tribunal fédéral doit conduire son raisonnement juridique sur la base des faits constatés 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 et régulièrement allégués (art. 64 OJ). Dans la mesure où une partie recourante présente un état de fait qui s'écarte de celui contenu dans la décision attaquée, sans se prévaloir avec précision de l'une des exceptions qui viennent d'être rappelées, il n'est pas possible d'en tenir compte (ATF 130 III 102 consid. 2.2 p. 106, 136 consid. 1.4). Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits ou de moyens de preuve nouveaux (art. 55 al. 1 let. c OJ).

2.

D'après la demanderesse, en fournissant régulièrement à la défenderesse des certificats médicaux faisant état d'incapacités de travail de durée indéterminée, l'assuré se serait pleinement conformé à l'art. 20 des CGA, selon lequel il lui incombait de donner des renseignements propres à établir le bien-fondé de sa prétention. En outre, l'ensemble des certificats médicaux en possession de la défenderesse aurait dû la persuader que l'incapacité de son assuré était présumée permanente car, lorsque, comme en l'espèce, un assuré ne reprend pas son activité professionnelle pendant des années, l'assureur devrait considérer que son incapacité est présumée permanente au sens des CGA. Du reste, l'assuré souffrait d'une affection très grave (adénocarcinome du côlon), qui compte parmi les trois formes de cancer les plus mortelles en Suisse, selon des statistiques publiées sur le site internet de GastroMed. Dans ces circonstances, en ne demandant le dossier de son assuré à l'office de l'assurance invalidité que le 8 juin 2001, alors qu'elle disposait depuis avril 2001 d'un certificat médical du Dr P._____ attestant une incapacité de travail de 100 % à partir d'octobre 1997, la défenderesse aurait tardé à agir. Au demeurant, elle n'avait pas besoin d'attendre la décision de l'AI pour remplir ses propres obligations. Il y aurait dès lors lieu d'appliquer l'art. 156 CO, aux termes duquel la condition est réputée accomplie quand l'une des parties en a empêché l'avènement au mépris des règles de la bonne

foi, et d'admettre que le paiement du capital-invalidité a eu lieu plus de douze mois avant le décès de l'assuré.

2.1 Les indications statistiques énoncées par la recourante sont nouvelles et, partant, irrecevables (cf. supra, consid 1.2). De plus, il ne ressort pas de l'arrêt attaqué que l'assuré aurait été en incapacité de travail sans discontinuer de novembre 1996 jusqu'au 3 août 2000, date précédant de douze mois son décès. Durant cette période, il a été incapable de travailler: à 100 % du 17 février au 21 mai 1997, à 100 % du 16 septembre au 30 novembre 1997, à 50 % du 1er décembre au 1er janvier 1998, à 100 % du 2 février au 13 avril 1998, à 50 % du 14 avril au 3 mai 1998, à 100 % du 16 février au 13 juin 1999 ainsi qu'à 100 % à partir du 27 septembre 1999.

2.2

2.2.1 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 (arrêt 5C.130/2000, du 4 janvier 2001, consid. 3b). Pour le cas d'invalidité, les CGA de la défenderesse (art. 20 al. 1) complètent la dernière des deux dispositions légales mentionnées en prescrivant à l'assuré de remettre à l'assureur une formule détaillée à faire remplir par un médecin et, si la défenderesse le juge nécessaire, de se soumettre à un nouvel examen auprès d'un médecin désigné par l'assureur. Il résulte de l'ensemble de ces dispositions légales et contractuelles que l'assureur n'a en principe aucune obligation d'agir avant d'avoir reçu une déclaration de sinistre. Ce n'est qu'une fois cette déclaration entre ses mains qu'il doit demander de plus amples renseignements s'il n'est pas convaincu par ceux que lui a fournis spontanément l'assuré. Si celui-ci ne fait pas valoir de prétentions, l'assureur n'a pas l'obligation d'instruire sur la survenance d'un éventuel sinistre.

De plus, selon l'art. 41 al. 1 LCA, la créance qui résulte du contrat est échue 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. Dans le cas présent, les CGA précisent que le capital-invalidité est accordé au début du mois qui suit celui où le bien-fondé de la prestation a été établi (art. 19 ch. 2 CGA, édition 1983 identique à l'art. 19 CGA des éditions 1974 et 1980). De même

qu'il n'est pas obligé de se renseigner spontanément sur l'éventuelle survenance d'un sinistre, l'assureur n'a donc pas non plus l'obligation de payer d'office la prestation prévue par le contrat. Il n'est tenu de payer que si l'assuré a préalablement fait la déclaration prévue à l'art. 38 al. 1 LCA, puis fourni des renseignements suffisants au regard des art. 39 al. 1 et 21 ch. 1 des CGA.

2.2.2 Il ressort de l'arrêt attaqué que divers certificats médicaux ont été adressés à la défenderesse avant le 3 août 2000. Tous indiquaient des incapacités de travail de durée déterminée, sauf celui établi entre le 23 février et le 7 mars 2000 par le Dr B._____, qui faisait état d'une incapacité de gain à 100 % depuis octobre 1999, d'une durée indéterminée, due à un adénocarcinome colique. D'après les constatations de fait de la Chambre des recours complétées par celles des premiers juges, auxquelles renvoie l'arrêt attaqué, l'assuré a déclaré le 8 mars 2000 à une gestionnaire de sinistre de la défenderesse qu'il espérait reprendre son activité professionnelle – ce qui implique qu'il ne pensait pas encore être atteint d'une incapacité de travail permanente ou présumée telle. Il entendait seulement être libéré du service des primes et n'a d'ailleurs jamais réclamé le capital-invalidité à l'assureur. Dans ces conditions, la défenderesse n'était pas tenue de considérer que l'envoi du certificat établi par le Dr B._____ valait déclaration de sinistre au sens de l'art. 38 al. 1 LCA pour le cas d'invalidité au sens de l'art. 19 ch. 1 des CGA ni, par conséquent, de demander à l'assuré de lui remettre la formule prévue à l'art. 20 al. 1 CGA pour justifier son droit au capital-invalidité. On ne discerne dès lors pas quelle disposition légale ou contractuelle la défenderesse pourrait avoir violée en n'investiguant pas au sujet de l'état de santé de son assuré, et en ne payant pas les prestations prévues en cas d'invalidité, avant le 3 août 2000.

2.3

2.3.1 Aux termes de l'art. 156 CO, la condition est réputée accomplie quand l'une des parties en a empêché l'avènement au mépris des règles de la bonne foi. Par application analogique de cette disposition, rédigée pour les conditions suspensives, la jurisprudence admet qu'une condition résolutoire est réputée non avenue lorsque sa réalisation a été provoquée par un comportement contraire aux règles de la bonne foi (ATF 109 II 20 consid. 2a).

2.3.2 Au vu des certificats médicaux en sa possession avant le 3 août 2000, la défenderesse n'était pas tenue par les règles de la bonne foi de conclure que l'assuré était affecté d'une incapacité de travail

permanente ou présumée telle. Elle pouvait partir de l'idée que les médecins consultés par l'assuré connaissaient la situation de leur patient; comme, sous réserve d'une seule exception, les certificats médicaux qui lui étaient adressés ne mentionnaient pas d'incapacités de travail de durée indéterminée, elle pouvait en déduire qu'il n'était pas sûr que l'incapacité de l'assuré serait longue. Quant au seul certificat mentionnant une incapacité de durée indéterminée, il a été établi peu avant un entretien téléphonique au cours duquel l'assuré a laissé entendre qu'il espérait reprendre son activité professionnelle. Dès lors, malgré l'enchaînement des incapacités de travail subies par l'assuré depuis 1997, on ne saurait voir une violation des règles de la bonne foi dans le fait que la défenderesse ignorait encore le 3 août 2000 la survenance du cas d'invalidité. Il s'ensuit que la défenderesse n'a pas provoqué l'avènement de la condition résolutoire posée à l'art. 16 ch. 2 let. a des CGA par un comportement contraire aux règles de la bonne foi. L'art. 156 CO n'est dès lors pas applicable.

2.4 L'assuré étant décédé moins de douze mois après le versement du capital-invalidité de chacune des polices litigieuses, la défenderesse était en droit, vu l'art. 16 ch. 2 let. a des CGA, de refuser de payer à la bénéficiaire les prestations assurées en cas de décès. La cour cantonale n'a dès lors pas violé le droit fédéral en rejetant l'action de la demanderesse.

3.

En conclusion, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable. La recourante, qui succombe, supportera les frais de justice (art. 156 al. 1 OJ). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à l'intimée, qui n'a pas été invitée à déposer une réponse.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

2.

Un émolument judiciaire de 4'000 fr. est mis à la charge de la demanderesse.

3.

Le présent arrêt est communiqué en copie aux mandataires des parties et à la Chambre des recours du Tribunal cantonal du canton de Vaud.

Lausanne, le 14 décembre 2004

Au nom de la IIe Cour civile
du Tribunal fédéral suisse

Le président:

Le greffier: