

C1 06 154

JUGEMENT DU 12 MARS 2008

COUR CIVILE I

Composition de la Cour : Jérôme Emonet, président; Hermann Murmann, Lionel Seeberger, juges; Yves Burnier, greffier;

dans la cause

X, à Les Thioleyres, demandeur, représenté par Me Chantal Ducrot, avocate à Martigny,

contre

A, **Société d'Assurances**, de siège social à Zurich, défenderesse, représentée par Me Jean-Luc Martenet, avocat à Monthey.

(contrat d'assurance-maladie; indemnités journalières)

PROCEDURE

Par mémoire-demande du 29 avril 2004, X a ouvert action contre A Société d'Assurances devant le juge du district de Monthey en prenant les conclusions suivantes:

1. A Versicherungs Gesellschaft est condamnée à payer à X 53'822.-- fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 6 décembre 2001.
2. Les frais de procédure et de jugement ainsi que les dépens sont mis à la charge de la défenderesse.

Le 7 mai 2004, le juge I du district de Monthey a mis X au bénéfice de l'assistance judiciaire totale avec effet au 29 juillet (*recte*: avril) 2004 et lui a désigné Me Chantal Ducrot en tant qu'avocat d'office.

Au terme de son mémoire-réponse du 24 juin 2004, A Société d'Assurances a conclu:

1. L'action en paiement introduite par Monsieur X à l'encontre de A SA est rejetée.
2. Tous les frais de procédure et dépens sont mis à la charge du demandeur.

Le 27 août 2004, X a répliqué en maintenant ses conclusions.

Lors du débat préliminaire, tenu le 12 octobre 2004, les parties ont proposé leurs moyens de preuve. L'instruction de la cause a consisté en le dépôt et l'édition de pièces, l'audition de témoins, l'interrogatoire des parties et l'aménagement d'une expertise confiée au Dr E de la Schulthess Klinik, à Zurich. Celui-ci a remis son rapport, daté du 11 janvier 2006, le 8 février suivant.

A l'issue de son mémoire-conclusions du 7 décembre 2007, la défenderesse a confirmé ses précédentes conclusions. Le 12 décembre 2007, le demandeur a, à son tour, déposé un mémoire-conclusions au terme duquel il a conclu:

1. La demande est admise. La défenderesse versera au demandeur Fr. 49'660.- avec intérêt à 5 % dès le 1^{er} janvier 2003.

2. Les frais de procédure et de jugement ainsi que les dépens sont mis à la charge de la défenderesse.

SUR QUOI LE TRIBUNAL CANTONAL

I. Statuant en fait

1. a) X est né le 2 août 1967. Professeur de tennis diplômé, il dispose également des CFC de vendeur et d'employé de commerce de détail. Il a conclu, en tant que preneur d'assurance et personne assurée, un contrat "d'assurance-maladie collective" pour la période du 1^{er} janvier 2001 au 1^{er} janvier 2002 avec B Compagnie d'assurances (ci-après: B), dont les actifs et les passifs ont été repris, le 13 mai 2002, par A Société d'Assurances (ci-après: A ou la défenderesse). La police d'assurance no ..., établie le 11 décembre 2000, prévoyait le versement d'une indemnité (journalière) de maladie de 170 fr. pendant 700 jours avec un délai d'attente de 30 jours. La prime annuelle s'élevait à 1470 fr. 50. Selon l'art. 2 ch. 1 des conditions générales d'assurance (CGA), intégrées au contrat, l'assurance couvrait "la perte de salaire dans le cadre des dispositions contractuelles par suite d'une incapacité de travail due à une maladie attestée par un médecin ou un chiropraticien.". La maladie était définie comme "toute atteinte involontaire à la santé qui requiert un traitement médical et qui n'est pas la conséquence d'un accident." (art. 3 ch. 1 CGA). L'art. 14 ch. 3 CGA avait la teneur suivante: B communique les nouveaux taux de prime au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant l'échéance de la prochaine prime provisoire. Si le preneur d'assurance ne les accepte pas, il devra résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. La résiliation doit être en main de B au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Faute de résiliation, l'adaptation du contrat est acceptée.". Quant à l'art. 8 ch. 3 CGA, intitulé "Prolongation de la couverture", il disposait que "[s]i, à l'extinction resp[ectivement] à la suspension du contrat ou à la sortie du cercle des personnes assurées, un assuré a déjà droit à des prestations d'assurance, celles-ci continueront à lui être versées jusqu'à l'expiration de la durée convenue dans le contrat, mais au plus tard jusqu'à la naissance du droit à une rente selon la LPP (Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité)". Toutefois, la police d'assurance précitée dérogeait expressément à cette disposition en fixant à 180 jours la prolongation maximale de la couverture d'assurance pour les personnes "assurées pour une indemnité journalière fixe ou une somme de salaires fixe."

b) Le 19 novembre 2001, B a communiqué à X une nouvelle police d'assurance pour l'année 2002 prévoyant notamment une prime annuelle de 4188 fr. 40. Au cours du mois de décembre 2001, le demandeur a requis par téléphone à son assureur des renseignements au sujet de la couverture d'assurance. A la suite de cet appel, le centre de sinistres de B, à Fribourg, lui a signifié, le 17 décembre 2001, le courrier suivant:

Pol. 47/11181 – assurance maladie

Monsieur,

Nous nous référons au dossier noté en titre.

Sur la base de notre entretien téléphonique, nous vous confirmons que nous prendrons en charge un sinistre (sous toutes réserves du certificat médical) au mois de décembre même si votre contrat est annulé au 01.01.2002. Selon l'art. 8 alinéa 3 des conditions générales d'assurance, si, à l'extinction resp. à la suspension du contrat ou à la sortie du cercle des personnes assurées, un assuré a déjà droit à des prestations d'assurance, celles-ci continueront à lui être versées jusqu'à l'expiration de la durée convenues dans le contrat, mais au plus tard jusqu'à la naissance du droit à une rente selon la LPP.

[...]

Par lettre recommandée du 20 décembre 2001, adressée à l'agence générale de B à Neuchâtel, X a résilié le contrat d'assurance pour le 31 décembre 2001. Cette déclaration est parvenue avant le 1^{er} janvier 2002 à B qui n'en a toutefois pas accusé réception. Le 20 décembre 2001, le demandeur a également transmis à celle-ci une déclaration de maladie dans laquelle il indiquait se trouver en incapacité de travail depuis le 6 décembre 2001. Selon le certificat médical du 7 janvier 2002, établi par son médecin traitant, le Dr F à Martigny, et reçu par B le 10 janvier suivant, l'intéressé souffrait d'une tendinite achilléenne gauche. Un traitement physiothérapeutique lui avait par ailleurs été prescrit par ce praticien. Le 26 février 2002, X a subi un peignage du tendon d'Achille à la clinique Permanence, à Berne. L'opération a été réalisée par le Dr G.

Sur la base des taux d'incapacité de travail attestés par le médecin traitant de X, la défenderesse lui a versé les montants suivants à titre d'indemnités journalières:

période	montant	taux	jours effectifs
05.01.-04.02.2002	4216 fr.	80 %	31
05.02.-17.02.2002	1105 fr.	80 %	13
18.02.-11.03.2002	3740 fr.	100 %	22
12.03.-31.03.2002	3400 fr.	100 %	20
01.04.-30.04.2002	5100 fr.	100 %	30
01.05.-26.05.2002	4420 fr.	100 %	26
27.05.-31.05.2002	680 fr.	80 %	5
01.06.-30.06.2002	4080 fr.	80 %	30
01.07.-31.07.2002	3162 fr.	60 %	31
Total	29'903 fr.		208

2. a) D'octobre 2001 au 31 juillet 2002, le demandeur a effectué divers remplacements en tant que professeur d'éducation physique dans des établissements scolaires des cantons de Vaud et du Valais.

Dès le 1^{er} août 2002, il a été engagé comme professeur de tennis pour le mouvement des juniors par le tennis club de Monthey. A ce titre, il a dispensé, de septembre 2002 à janvier 2003, quelque 315,75 heures de cours. Le 29 août 2003, les parties sont convenues de mettre un terme au contrat avec effet au 31 juillet 2003.

Entre le 31 décembre 2001 et le 30 septembre 2002, X, qui était alors classé R3, a disputé, en tournois et en interclubs, 28 matchs de tennis contre des adversaires classés de N3 à R6. Il a obtenu 20 victoires et a été battu à 8 reprises. Dans le courant de l'automne 2002, il a ressenti de nouvelles douleurs au niveau du tendon d'Achille gauche. Au début du mois de février 2003, le Dr G a diagnostiqué une rupture partielle de celui-ci qui a nécessité une seconde opération chirurgicale, le 4 mars suivant.

Du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2004, X a travaillé au service de Y, pour un salaire brut de 4000 fr. par mois, respectivement de 26 fr. 50 de l'heure à partir du 1^{er} novembre 2003.

b) Le 29 août 2002, A a adressé au demandeur le courrier suivant:

Monsieur, nous accusons réception de votre courrier du 27.08.2002.

Nous nous permettons d'attirer votre attention sur le fait qu'après examen de votre dossier, nous constatons que nous n'avons pas de prestations à verser, suite au cas de maladie qui s'est déclaré le 06.12.2001.

- L'avis de maladie signé du 20.12.2001 nous est parvenu le 27.12.2001.
- Le début du traitement médical date du 06.12.01.
- Vous avez, le même jour, soit le 20.12.01, résilié votre contrat maladie perte de gain. Nous n'en avons cependant été informés que le 06.02.2002.

Eu égard à votre démarche et au fait qu'un délai d'attente de **30 jours** est convenu dans votre contrat, notre obligation d'intervenir ne devait prendre effet que le **05.01.2002**. Or à cette date, le contrat était résilié selon votre volonté. Par conséquent, aucune prestation n'était due par notre compagnie.

C'est donc à tort qu'un montant de Fr. 29'903.- vous a été versé pour 208 jours d'indemnités journalières à la suite d'incapacité de travail totale ou partielle.

Vu ce qui précède, nous nous voyons dans l'obligation de vous demander le remboursement de nos prestations.

Le courrier qui vous fut adressé le 17.12.2001, était une information d'ordre général quant à l'octroi de prestations selon les CGA régissant votre contrat.

Tout en regrettant cette situation, nous restons volontiers à votre disposition pour toute proposition de remboursement de votre part.

[...]

Le 16 octobre 2002, la défenderesse a soumis à X un projet de convention aux termes duquel elle renonçait à lui réclamer le remboursement du montant de 29'903 fr., l'intéressé reconnaissant, de son côté, avoir perçu indûment cette somme et abandonnant toute prétention pour la période postérieure au 31 juillet 2002. Par courrier du 16 janvier 2003, le premier mandataire du demandeur y a opposé une fin de non-recevoir et a notamment exigé la poursuite du versement des indemnités journalières. Le 30 juin 2003, A a confirmé en substance la teneur de sa correspondance du 29 août 2002 en constatant par ailleurs que X avait participé avec succès à des tournois de tennis durant la période où il était censé se trouver en incapacité de travail.

Le 12 décembre 2003, un commandement de payer le montant de 120'000 fr., avec intérêt à 5 % dès le 6 décembre 2001, a été notifié à l'instance du demandeur à la défenderesse qui y a formé opposition totale.

II. Considérant en droit

3. a) Aux termes du ch. VI al. 3 du décret du 11 octobre 2006 modifiant la législation cantonale en matière de procédure civile pour l'adapter à la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le nouveau droit s'applique aux procédures introduites après son entrée en vigueur. En l'espèce, l'action a été ouverte le 29 avril 2004, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer le droit de procédure civile cantonal dans sa teneur au 31 décembre 2006.

b) Déterminée par les dernières conclusions du demandeur, la valeur litigieuse s'élève à 49'660 fr. (art. 15 al. 1, 17 al. 1 et 75 al. 1 CPC). Elle fonde la compétence du Tribunal cantonal pour juger la présente affaire en unique instance cantonale (art. 23 al. 1 let. b aCPC en relation avec l'art. 46 OJ). Eu égard au domicile valaisan du demandeur à la date du dépôt de l'action, la compétence à raison du lieu du Tribunal cantonal est également donnée (art. 22 al. 1 let. a LFors; Walther, in: Kellerhals/von Werdt/Güntherich [édit.], Gerichtsstandsgesetz, Berne 2005, n. 37 ad art. 22 LFors; Gross, in: Müller/Wirth [édit.], Gerichtsstandsgesetz, Zurich 2001, n. 172 ad art. 22 LFors; cf. égal. art. 20 CGA).

4. Le demandeur prétend au versement d'un montant de 49'660 fr. correspondant aux allocations journalières pour la période du 1^{er} septembre 2002 au 30 septembre 2003, soit 426 jours. En substance, il fait valoir que, nonobstant la résiliation du contrat au 31 décembre 2001, la défenderesse, en lui allouant des prestations pendant plus de huit mois, a accepté de conclure un nouveau contrat modifiant le contrat initial et soumis aux CGA 2000. Au demeurant, selon les règles de la bonne foi (art. 2 al. 1 CC), A ne saurait exciper du fait que la couverture d'assurance était limitée à 180 jours, du moment qu'elle ne l'a pas rendu attentif à cette clause particulière. Par ailleurs, le contrat serait, sur ce point, ambigu, de sorte qu'il devrait être interprété en défaveur de l'assureur.

5. a) La LCA ne contient pas de clause générale de dénonciation du contrat d'assurance, du type de celles qu'institue par exemple le code des obligations en matière de contrat de travail (art. 336 ss CO). En principe, chacune des parties doit donc attendre la survenance de l'échéance contractuelle, sous réserve toutefois des cas de dénonciation unilatérale prévus – limitativement – par la loi ou par le contrat lui-même. L'annulation du contrat d'assurance par l'accord des parties est néanmoins possible en tout temps, sans même qu'il soit besoin d'observer pour cela une forme

spéciale: l'art. 115 CO est applicable (Viret, Droit des assurances privées, Zurich 1991, p. 91). Arrivé à expiration, le contrat peut être renouvelé expressément par les parties pour une nouvelle durée par la conclusion d'un contrat de même contenu, même si cette possibilité est rarement utilisée en pratique: l'usage s'est introduit d'insérer dans les CGA une clause dite "de prolongation" prévoyant une tacite reconduction du contrat à défaut de résiliation dans un délai déterminé (Meuwly, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse, Fribourg 1994, p. 26 sv.). Aux termes de l'art. 47 LCA – qui est de droit absolument impératif (cf. art. 97 al. 1 LCA) – toute clause prévoyant la prolongation tacite du contrat ne peut avoir d'effet que pour une année au plus. Une disposition contractuelle stipulant une durée plus longue est nulle, non pas dans sa totalité, mais dans la mesure seulement où la reconduction interviendrait pour une période excédant une année (RBA XVII no 4; Fuhrer, Basler Kommentar, n. 16 ad art. 47 LCA). De la prolongation (*Verlängerung*) du contrat, il s'agit de distinguer son renouvellement (*Erneuerung*), soit la conclusion d'un nouveau contrat d'assurance (RBA XIX no 17 p. 87; ATF 103 II 204 consid. 2 et les références). Dans ce dernier cas, les parties peuvent alors parfaitement convenir de se lier pour plusieurs années sans que cela ne contrevienne à l'art. 47 LCA (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^{ème} éd., Berne 1995, p. 228). Par ailleurs, il ne faut admettre qu'avec beaucoup de retenue un renouvellement *tacite* du contrat d'assurance. A cet égard, ne saurait suffire, par exemple, le fait, pour le preneur, de ne pas révoquer un ordre permanent relatif au paiement de la prime (Fuhrer, *op. cit.*, n. 11 ad art. 47 LCA).

La résiliation est une déclaration unilatérale par laquelle une partie communique à l'autre sa volonté de mettre fin au contrat. Il s'agit d'un droit formateur qui, en tant que tel, est irrévocable et ne saurait être assorti de conditions (Maurer, *op. cit.*, p. 230; cf. égal. Nef, Basler Kommentar, n. 16 ad art. 6 LCA). La résiliation sortit ses effets *ex nunc*, c'est-à-dire pour l'avenir (Maurer, *op. cit.*, p. 231), et au moment où elle parvient à son destinataire (RBA XIX no 12; VII no 35). Point n'est besoin par ailleurs que le cocontractant l'accepte ou non (Stoessel, Basler Kommentar, n. 20 ad art. 2 LCA). En pratique, il est usuel que les CGA prévoient une clause de résiliation en cas d'augmentation par l'assureur du tarif de la prime (Fuhrer, *op. cit.*, n. 124 sv. ad Vorb. zu Art. 28-32 LCA; Maurer, *op. cit.*, p. 238).

b) Dans l'assurance privée, il importe de distinguer les notions de durée de garantie d'assurance et de couverture d'assurance. La première (parfois aussi dénommée couverture dans les CGA) s'entend de la période pendant laquelle le contrat est potentiellement en mesure de produire ses effets de protection si le risque assuré se

réalise, parce que l'assureur met en jeu sa responsabilité sur cette durée en s'engageant à supporter – à l'intérieur des limites conventionnelles – la survenance de ce même risque. La seconde est la protection d'assurance, soit le contenu actualisé de la garantie promise par l'assureur pour le cas où l'évènement dommageable surviendrait pendant la durée de garantie du contrat et conformément aux conditions prévues par le contrat, ou encore la totalité des prestations que l'assureur se voit contraint de verser à son assuré, respectivement à son ayant droit (Meuwly, *op. cit.*, pp. 27 et 57; cf. égal. Maurer, *op. cit.*, p. 181 sv.). Contrairement au système qui prévaut en droit des assurances sociales, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Ici, si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (ATF 127 III 106 consid. 3b; arrêt du TF 5C.74/2002 du 7 mai 2002 consid. 2b; Schnyder/Grolimund, Basler Kommentar, n. 19 ad art. 36 LCA; Maurer, *op. cit.*, p. 328). Il est fréquent que certains assureurs limitent, dans les CGA, leur obligation d'indemnisation après l'expiration du contrat à un montant maximum, à un âge précis ou une certaine durée à partir de l'échéance du contrat (Meuwly, *op. cit.*, p. 152 ss; Bucher, Assurance maladie privée, Zurich 1985, p. 85). Il est aussi loisible aux parties de convenir du report du début de la garantie d'assurance parce qu'elles ne souhaitent pas de protection immédiate, par exemple en prévision d'un risque ne pouvant se réaliser que dans le futur (assurance-vacances). La validité temporelle du contrat ne prend alors effet qu'une fois la date fixée pour le début de la garantie arrivée à son terme. Il sied de relever, à cet égard, que les assurances qui prévoient l'observation d'un délai d'attente, comme cela arrive souvent en assurance-maladie ou accidents, ne sont pas fondées sur une convention de report de la protection d'assurance. En effet, leur délai relève non plus de la durée matérielle du contrat, mais déjà de la couverture d'assurance (Meuwly, *op. cit.*, pp. 30 et 57; Brehm, L'assurance privée contre les accidents, Berne 2001, n. 380).

c) Le principe de la bonne foi (art. 2 al. 1 CC) impose non seulement au débiteur de faire tout ce qu'exigent l'exécution régulière de l'obligation principale et la réalisation du but assigné à la prestation (ATF 113 II 246 consid. 4) mais également d'autres devoirs dits accessoires (*Nebenpflichten*). Le devoir accessoire se définit comme une obligation – non principale – qui découle du rapport contractuel de confiance existant entre les parties (ATF 120 II 252 consid. 3b/aa). Les obligations de surveillance et de protection comptent parmi les devoirs accessoires. Une obligation de

renseigner et de communiquer peut également être accessoire à une obligation principale. Par exemple, celui qui sait qu'une situation juridique créée par lui-même est ambiguë doit attirer l'attention de son partenaire sur ce point (ATF 129 III 604 consid. 4.2.1; RBA XIII no 97 p. 487). Cela peut être tout particulièrement le devoir de l'assureur, dans le contrat d'assurance, en raison de la position plus forte qui est généralement la sienne et de la meilleure connaissance qu'en principe il possède de ses droits et de ses obligations (RBA X no 29 p. 122).

Les règles sur l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance et aux conditions générales qui en font partie intégrante (ATF 117 II 609 consid. 6c; 115 II 264 consid. 5a). Lorsque la volonté intime et concordante des parties ne peut pas être établie, le juge doit, selon le principe de la confiance, rechercher comment les manifestations de volonté pouvaient être comprises de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances (interprétation dite objective). Le sens d'un texte, apparemment clair, n'est pas forcément déterminant, de sorte que l'interprétation purement littérale est prohibée; il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les cocontractants lorsqu'il n'existe aucune raison sérieuse de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 133 III 61 consid. 2.2.1; 131 III 606 consid. 4.2; 130 III 417 consid. 3.2). Subsidiairement, si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës, celles-ci sont à interpréter contre l'assureur qui les a rédigées, en vertu de la règle "*in dubio contra assicuratorem*" (ATF 122 III 118 consid. 2a; 119 II 368 consid. 4b; cf. égal. ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3).

6. a) En l'espèce, le contrat d'assurance-maladie litigieux a été conclu pour la période du 1^{er} janvier 2001 au 1^{er} janvier 2002. Il est établi que l'incapacité de travail de X a débuté le 6 décembre 2001, soit pendant la durée de garantie d'assurance. A la suite de la communication de la nouvelle police prévoyant une prime de 4188 fr. 40 pour l'année 2002, le demandeur a, par courrier recommandé du 20 décembre 2001, mis un terme au contrat pour le 31 décembre suivant. Il n'est pas non plus contesté que cette déclaration de résiliation est parvenue en main de B avant le 1^{er} janvier 2002, de sorte que le terme de l'art. 14 ch. 2 CGA a bien été observé. Sans doute, la police d'assurance no 47.111'181, établie le 11 décembre 2000, prévoyait-elle un délai d'attente de 30 jours. Toutefois, la stipulation d'un tel délai n'a pas pour effet de reporter le date de la naissance de la protection d'assurance mais uniquement le moment à partir duquel les allocations journalières doivent, le cas échéant, être versées. En d'autres termes, la défenderesse s'est engagée à servir à

X les prestations d'assurance convenues dans la mesure où son incapacité de travail subsisterait après l'écoulement d'un délai de carence de 30 jours et pour autant que le sinistre survînt pendant la période de garantie d'assurance. Or, comme déjà mentionné, cette dernière hypothèse s'est bel et bien réalisée en l'occurrence. Les considérations émises par A dans ses courriers des 29 août 2002 et 30 juin 2003 adressés au demandeur, respectivement à son ancien mandataire, apparaissent donc, sur ce point, manifestement erronées et procèdent d'une confusion entre les notions de garantie et de couverture d'assurance.

b) D'après l'art. 8 ch. 3 CGA, si un assuré, à l'extinction du contrat, a déjà droit à des prestations d'assurance, celles-ci continueront à lui être versées jusqu'à l'expiration de la durée prévue dans le contrat, mais au plus tard jusqu'à la naissance du droit à une rente selon la LPP. En l'espèce toutefois, la police d'assurance susmentionnée dérogeait expressément à cette disposition en limitant, dans le cas considéré, la prolongation de la couverture d'assurance à 180 jours au maximum pour les assurés en faveur desquels – à l'instar du demandeur – la prestation convenue consistait en une allocation journalière fixe. Telle que rédigée, cette clause contractuelle apparaît dépourvue de toute ambiguïté, si bien qu'il ne s'impose pas de recourir à la règle d'interprétation *in dubio contra assicuratorem*. Par ailleurs, X ne prétend pas qu'elle ne correspondait pas à sa volonté au moment de la conclusion du contrat d'assurance. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de son sens littéral. Cela étant, on ne saurait considérer que les parties ont tacitement conclu un nouveau contrat pour l'année 2002. En effet, dans son courrier du 20 décembre 2001, le demandeur a clairement manifesté son intention de mettre fin aux relations contractuelles à partir du 1^{er} janvier 2002, ce qu'il a encore confirmé lors de son interrogatoire par le juge de district le 31 août 2006. Il n'importe, à ce propos, que B n'ait pas accusé réception de la déclaration de résiliation, une acceptation du cocontractant n'étant pas nécessaire en la matière. Il est en outre constant que la défenderesse n'a plus réclamé à son assuré l'acquittement de la prime depuis la date à laquelle la résiliation a pris effet. Or, ni la police du 11 décembre 2000, ni celle du 19 décembre 2001 ne prévoyaient une dispense du paiement de la prime en cas d'incapacité de travail. Le fait que A a, dans un premier temps, accepté, en faisant fond sur les taux d'incapacité de travail attestés par le médecin traitant de X, de couvrir le sinistre et de servir ses prestations nonobstant la résiliation n'y change rien, puisque celui-ci est intervenu pendant la période de garantie d'assurance. Enfin, le demandeur ne saurait exciper de sa bonne foi en relation avec le courrier de B du 17 décembre 2001. Certes, cette correspondance retranscrit l'exacte teneur de l'art. 8 ch. 3 CGA. Dans la mesure

toutefois où la clause topique était, de manière claire, stipulée dans la police d'assurance et non pas dans les CGA, il ne pouvait lui échapper que la couverture d'assurance était en l'occurrence limitée à 180 jours. Dans ces conditions, il n'incombait pas à l'assureur un devoir particulier d'information sur ce point. Quoi qu'il en soit, le demandeur n'a pas allégué ni, *a fortiori*, démontré avoir jamais requis de B des renseignements au sujet de la durée du versement des indemnités journalières. Dans ses mémoires-demande et conclusions, il mentionne uniquement qu'il entendait "s'assurer que le sinistre maladie survenu le 6 décembre 2001 serait pris en charge [...]". Ainsi qu'il l'a déclaré lors de son interrogatoire du 31 août 2006, sa préoccupation était de pouvoir bénéficier des prestations d'assurance tout en étant exempté du paiement de la prime.

Dès lors que le demandeur a d'ores et déjà perçu de A 208 allocations journalières de maladie, il ne saurait prétendre à des versements supplémentaires de sa part. Dans ces conditions, la cour peut se dispenser d'examiner le bien-fondé de la créance invoquée en compensation par la défenderesse dans son mémoire-réponse du 24 juin 2004. Souffre également de demeurer indécise la question de savoir si et dans quelle mesure X a subi une diminution de sa capacité de travail du 1^{er} septembre 2002 au 30 septembre 2003.

Il suit de là que le demandeur doit être débouté de ses conclusions en paiement.

7. Vu le sort de l'action, les frais et les dépens doivent être mis à la charge du demandeur qui succombe (art. 252 al. 1 et 260 al. 1 CPC).

a) Eu égard à la valeur litigieuse, l'émolument de justice varie entre 2000 fr. et 5000 fr. (art. 14 al. 1 LTar). Le degré de difficulté de la cause doit être qualifié d'ordinaire. Aussi, compte tenu de la situation financière des parties, ainsi que des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations (art. 11 al. 1 et 2 LTar), les frais sont arrêtés à 12'000 fr. et comprennent 3022 fr. d'émolument de justice, ainsi que 8978 fr. de débours au sens des art. 5 ss LTar (123 fr. d'indemnités de témoins, 280 fr. de frais de commission rogatoire, 8500 fr. de frais d'expertise et 75 fr. pour les services d'un huissier). Ils sont prélevés sur l'avance effectuée par la défenderesse (6850 fr.), à charge pour le demandeur de la lui rembourser.

b) Les honoraires, en principe proportionnels à la valeur litigieuse, sont arrêtés entre un minimum et un maximum, d'après la nature et l'importance de la cause, sa difficulté, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par l'avocat et la situation financière de la partie (art. 26 al. 1 et 2 LTar). Pour les contestations et affaires civiles de nature pécuniaire d'une valeur litigieuse de 40'001 fr. à 50'000 fr., l'honoraire global est fixé entre 5300 fr. et 7500 fr. (art. 32 al. 1 LTar).

En l'espèce, l'activité utilement déployée par le mandataire de la défenderesse a, pour l'essentiel, consisté à rédiger deux écritures (mémoire-réponse et mémoire-conclusions), ainsi que les questionnaires à l'intention des témoins, de l'expert et des parties, et à participer au débat préliminaire de même qu'à quatre séances d'instruction à Monthey, Nidau (BE) et Estavayer-le-Lac (FR). En tenant compte par ailleurs du degré usuel de difficulté de la cause, les dépens sont arrêtés à 6500 fr. (honoraires et débours confondus).

c) Les prestations effectuées par l'avocate d'office du demandeur ont essentiellement comporté la rédaction de trois écritures (mémoire-demande, mémoire-réplique et mémoire-conclusions), ainsi que des questionnaires à l'intention des témoins, de l'expert et des parties, et la participation au débat préliminaire de même qu'à cinq séances d'instruction à Monthey, Nidau (BE), Estavayer-le-Lac (FR) et Horgen (ZH). Compte tenu de l'abattement prévu par l'art. 29 al. 1 LTar, les honoraires de Me Chantal Ducrot sont fixés à 3900 francs. Quant aux débours effectifs et indispensables (frais de copies, de port et de déplacements), ils peuvent être arrêtés à 1100 francs. En définitive, l'Etat du Valais versera 5000 fr. (3900 fr. + 1100 fr.) au conseil d'office du demandeur au titre de l'assistance judiciaire.

Par ces motifs,

