

C1 06 179

JUGEMENT DU 9 JANVIER 2009

COUR CIVILE II

Composée de Jean-Pierre Derivaz, président; Françoise Balmer Fitoussi, Stéphane Spahr, juges; Anne-Christine Fornage, greffière;

dans la cause

X, à Leytron, demandeur, représenté par M^e Thierry Roduit, avocat à Fully,

contre

A, **Compagnie d'assurances SA**, de siège social à Lausanne, défenderesse, représentée par M^e Chantal Ducrot, avocate à Martigny.

(contrat d'assurance)

PROCEDURE

A. Par écriture du 17 mai 2005, X a ouvert action contre A, Compagnie d'assurances SA (ci-après: A) en prenant les conclusions suivantes:

1. L'action est admise.
2. A, Compagnie d'Assurances à Lausanne est condamnée à verser à X, le montant de Fr. 23'750.- avec intérêts à 5% dès chaque échéance de prestations.
3. Les frais et dépens de procédure sont mis à la charge de A, Compagnie d'Assurances.

Dans la réponse du 23 août 2005, A a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives lors du second échange d'écritures.

Le débat préliminaire s'est tenu le 31 mai 2006. L'instruction a consisté en l'audition de témoins et l'interrogatoire des parties, l'édition du dossier du demandeur par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: office AI) ainsi que le dépôt de pièces, dont les déclarations fiscales et les décisions de taxation de X pour les années 1999 à 2005.

B. L'instruction close, le juge des districts de Martigny et Saint-Maurice a transmis les actes de la cause au Tribunal cantonal pour jugement, le 15 novembre 2006.

C. Au débat du 29 avril 2008, X a conclu, devant la juge unique de la Cour, au versement, par A, d'une rente annuelle en cas d'incapacité de gain de 30'000 fr. à partir du 1^{er} juillet 2003, avec intérêts à 5% l'an dès chaque échéance de prestations. L'augmentation de la valeur litigieuse a nécessité l'aménagement d'un nouveau débat final devant la Cour auquel les parties ont renoncé pour déposer, en lieu et place, un mémoire-conclusions, la défenderesse remettant cette écriture à la date du 13 octobre 2008 et le demandeur à celle du 15 octobre 2008.

Dans son écriture, X a conclu ce qui suit :

1. L'action est admise.
2. A, Compagnie d'Assurances sur la Vie à Lausanne, est condamnée à verser à X une rente annuelle en cas d'incapacité de gain de CHF 30'000.- à partir du 01er octobre 2003, avec intérêts à 5% l'an dès chaque échéance de prestations jusqu'à ce jour, correspondant au montant en capital de 75'000.- et à la libération du paiement des primes à partir du 1er octobre 2003.
3. A, Compagnie d'Assurances sur la Vie à Lausanne, est condamnée à verser à X le montant de Fr. 7'350.- correspondant aux primes non libérées du 01er octobre 2003 au 1er octobre 2008.
4. Les frais de procédure et les dépens de X sont mis à la charge de A, Compagnie d'Assurances sur la Vie à Lausanne.

Pour sa part, A a maintenu les conclusions de sa réponse.

SUR QUOI LE TRIBUNAL CANTONAL

I. Statuant en faits

1. a) Né le 12 septembre 1956, X est titulaire d'un CFC de ferblantier-appareilleur, profession qu'il a exercée jusque dans le courant de l'année 1998, d'abord comme salarié, puis, dès 1989, comme indépendant. Deux ou trois ouvriers ont œuvré au service de l'entreprise de l'intéressé.

A a pour but l'exploitation d'assurances sur la vie.

b) Aux termes de la police n° 403787 1 8001, X a conclu avec A une assurance-vie, couplée avec une assurance-rente d'incapacité de gain. Le contrat a pris effet le 1^{er} avril 1989.

L'article 1.1. des conditions générales complémentaires applicables de l'assurance-rente d'incapacité de gain (ci-après: CGC n° 4004), partie intégrante du contrat, prévoit qu'il y a incapacité de gain "lorsque, par suite de maladie ou d'accident, sur la base de signes objectifs médicalement constatables, l'assuré est incapable d'exercer sa profession ou toute autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes et qu'il subit de ce fait simultanément une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent".

A teneur de l'article 2.2. CGC n° 4004, un degré d'incapacité de gain d'au moins 66 2/3 % donne droit aux prestations intégrales. Si le degré d'incapacité se situe entre 25 % et 66 2/3 %, les prestations sont versées en proportion du degré d'incapacité.

L'assurance garantit, en cas d'incapacité de gain, le versement d'une rente annuelle de 30'000 fr., après un délai d'attente de vingt-quatre mois. Si l'incapacité de gain survient avant le 1^{er} avril 2016, la rente est payée au maximum jusqu'au 1^{er} avril 2021. Les prestations sont dues dès la naissance du droit, au plus tôt toutefois dès l'échéance du délai d'attente convenu. Les rentes sont payables par trimestre à terme échu, la première fois au *pro rata* du temps qui s'est écoulé jusqu'à la fin du trimestre en cours (art. 2.4. CGC n° 4004).

La police prévoit que la prime annuelle, de 1660 fr., est payable annuellement, la première fois le 1^{er} avril 1992. L'art. 3.1. des conditions complémentaires relatives à la libération du paiement des primes futures en cas d'incapacité de gain (ci-après: CGC n° 4005) prévoit la libération totale des primes futures si l'incapacité de gain est de 66 2/3 % au moins, la libération proportionnelle du paiement des primes si l'incapacité se situe entre 25 % et 66 2/3 %. Celle-ci a lieu dès le 61^{ème} jour, si l'incapacité de gain a duré plus de 60 jours consécutifs (art. 2 CGC n° 4005).

Selon le chiffre 4 des conditions générales des assurances de risque de décès, l'assuré participe aux excédents, même en cas de libération de l'obligation de payer les primes futures.

2. a) Dès 1993, X a rencontré des difficultés à exercer son métier de ferblantier-appareilleur. Le 17 février 1995, il a demandé à bénéficier d'une rente de l'assurance-invalidité.

Au mois de juin 1995, le Dr E a décelé chez l'assuré des gonalgies bilatérales chroniques ainsi qu'une chondropathie rotulienne et de l'arthrite récidivante. Il a précisé que le patient ne pouvait plus effectuer les travaux habituels dans son métier. Le médecin a établi le même diagnostic en février 1996. Dans un rapport du 23 septembre 1996, le Dr F a constaté que le patient souffrait de dysplasie rotulienne associée à une déviation externe entraînant un syndrome

d'hyperpression lors des mouvements de flexion des genoux. Il a spécifié que le port de charges était "tout à fait contre indiqué et [que] compte tenu des lâchages des genoux, les activités sur des échelles ou dans des escaliers [étaient] fort risquées.". Le 25 septembre 1996, le Dr E a estimé la capacité de travail de X à 50%, dès le 24 mai 1996, et à 20%, dès le 24 juin 1996.

X a fait parvenir à l'office AI les documents comptables de son entreprise pour les années 1993 à 1995. Ces pièces révèlent notamment que l'assuré percevait, à cette époque, des indemnités d'assurances privées. Elles ne permettent en revanche pas de déterminer s'il subissait une perte de revenus liée à ses problèmes de santé.

L'office AI a, par décision du 7 avril 1997, fixé le taux d'invalidité de X à 50% au 12 mai 1994, soit à l'échéance du délai de carence d'une année. La demi-rente allouée à l'assuré dès cette date a été portée à une rente entière dès le 1^{er} septembre 1996. L'autorité a, dans son évaluation, renoncé à comparer le revenu de l'assuré avec et sans atteinte à la santé, "des facteurs d'incertitude (...) ne [lui] permettant pas de chiffrer de manière suffisamment sûre les revenus devant être comparés".

L'office AI s'est basé sur la comparaison des champs d'activité de X. Il a estimé l'incapacité de travail de celui-ci, pour des tâches "légères" dans sa profession (50 % de ses activités), soit, notamment, l'établissement de devis, la préparation et le contrôle des factures, à 0%. Il a fixé à 100% l'incapacité à collaborer aux tâches pratiques du bâtiment (50 % de l'activité professionnelle) que l'assuré devait accomplir, consistant principalement en des travaux sanitaires ou de couverture. L'autorité a relevé que, bien que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le 12 septembre 1994 et que, dès cette date et jusqu'au 24 mai 1996, le médecin traitant ne reconnaissait pas d'incapacité de travail, à l'exception du travail sur les toits et du port de charges importantes, cette amélioration n'avait pas pu se répercuter sur la capacité de gain de X. Celle-ci restait de 50% jusqu'au 24 juin 1996, date à laquelle l'incapacité était de 80%, à la suite d'une dégradation de l'état de santé de l'intéressé.

L'office AI a procédé à une révision du droit à la rente en février 1998, sans rapport médical actualisé et a, le 12 juillet 1999, informé X et A que

le degré d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer le droit aux prestations.

b) Dans un rapport du 11 août 1999 à l'intention de l'office AI, le Dr G, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a spécifié que le patient était incapable de travailler à 100%, du 9 janvier 1997 au 15 septembre 1997. Le médecin a précisé qu'"une reprise du travail à plus de 25% ét[ait] impossible, car le patient ne p[ouvait] s'agenouiller ou travailler à genoux, ce qui limit[ait] beaucoup son activité comme ferblantier-appareilleur".

A l'issue de la deuxième révision du droit à la rente, le 28 novembre 2000, l'office AI a informé l'intéressé, ainsi que son assurance, que le taux d'invalidité n'avait pas changé.

c) L'enquête économique effectuée par l'office AI, datée du 7 juillet 1999, rapporte qu'à partir du 1^{er} mai 1998, X, dont la faillite sera déclarée en janvier 1999, est devenu employé de Y, société effectuant des travaux de couverture et de ferblanterie, ainsi qu'"un peu de sanitaire". A partir du 1^{er} juillet 1999 jusqu'à fin 2001, X a œuvré pour celle-ci comme commissionnaire; il effectuait des petits travaux administratifs (relever le courrier, apporter les dossiers, effectuer des photocopies). Ce travail à temps partiel, estimé à dix heures par mois, lui procurait un revenu mensuel de 500 fr. environ.

3. a) Par courrier du 23 juillet 1997, A a, après avoir consulté le dossier de l'office AI de X, informé l'intéressé qu'elle lui versait la totalité de la rente convenue contractuellement, dès le 10 janvier 1997. L'assurance l'a également libéré du paiement des primes dès le 19 juin 1993, refusant cependant le remboursement de celles-ci pour la période du 12 septembre 1994 au 23 mai 1996, aucun certificat médical n'ayant été établi.

b) Entre 1997 et 2003, A a régulièrement pris des renseignements sur l'assuré auprès de l'office AI.

Par courrier du 24 septembre 1997, elle a demandé à l'office AI de pouvoir consulter le dossier de X. Le 26 mars 1998, elle s'est informée du "taux d'incapacité de gain actuel" de celui-ci. L'autorité lui a communiqué, le 1^{er} avril 1998,

que l'assuré était "au bénéfice d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 80% depuis le 01.09.1996", sans fonder cette information sur un rapport médical actualisé.

Le 25 juin 1998, la société d'assurances a indiqué à X qu'elle poursuivrait le service de la rente convenue, à défaut de modification du taux d'incapacité de gain, en lui versant le montant de 7500 fr. les 1^{er} janvier, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre de chaque année, ainsi que celui de 7760 fr. le 1^{er} avril de chaque année, "sous réserve d'un changement du taux de la participation aux excédents".

Le 25 mars 1999, A a informé X qu'elle continuait les paiements à 100%, "dans l'attente de la décision AI". L'assurance se réservait cependant le droit de revoir sa position, "à réception de cette dernière, conformément au CGC 4004".

Les 20 février et 18 mai 2001, elle a sollicité une copie de la décision de l'office AI à la suite de la révision intervenue en 2000.

4. a) Au mois de novembre 2002, l'office AI a ouvert une procédure de révision.

aa) Dans son expertise médicale du 30 juin 2003, le Dr H, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic d'un syndrome rotulien bilatéral sur troubles dégénératifs modérés fémoro-patellaires et status après recentrage rotulien chirurgical bilatéral. Il a précisé que X devait éviter un travail nécessitant une position accroupie, les déplacements répétitifs dans des escaliers ou sur des terrains en pente, de même que le port de charges dépassant quinze kilos. Le médecin a estimé qu'une capacité de travail entière était envisageable "dans toutes les activités respectant ces restrictions".

Mandaté par l'office AI, le Dr I, spécialiste FMH en médecine interne, a, dans son rapport du 21 juillet 2003, confirmé le diagnostic de chondropathie rotulienne bilatérale modérée sur dysplasie patellaire et de syndrome d'hyperpression; il a, en outre, fait état de comorbidités métaboliques. Le médecin a par ailleurs estimé que la profession de ferblantier-couvreur de X n'était pas compatible avec la pathologie présentée. En revanche, une activité ne sollicitant pas les genoux était exigible de l'assuré, à plein temps, ce que celui-ci avait de surcroît admis. Selon le spécialiste, "au

plan médical stricto sensu", une activité de commissionnaire, comme celle exercée par X au sein de Y jusqu'en décembre 2001, était possible à 100%. Le médecin a conclu que la capacité de travail de l'assuré était limitée dans toute activité nécessitant des positions accroupies, des déplacements dans des terrains accidentés ou la montée/descente d'escaliers, en particulier avec le port de charges. Dans toute autre activité, la capacité de X restait entière.

Se fondant sur les expertises des Drs I et H, l'office AI a, le 31 juillet 2003, supprimé la rente de X, après avoir arrêté le degré à 35%. L'autorité a basé sa décision sur une comparaison entre le salaire standard d'un ferblantier-appareilleur et le salaire - réduit de 10 % - pour une "activité adaptée simple et répétitive" exercée à 100%, la différence équivalant à la perte de gain fondant le degré d'invalidité, soit 35%. Elle a par ailleurs invité l'assuré à accepter une démarche professionnelle en vue d'une réinsertion sur le marché du travail.

X a entrepris cette décision le 15 septembre 2003.

bb) Le 30 octobre 2003, l'office AI a considéré que l'assuré avait droit à un reclassement dans une nouvelle profession, son invalidité rendant cette mesure nécessaire et sa capacité de gain pouvant par ce biais être améliorée. L'autorité a estimé qu'une suppression du droit à la rente était prématurée. Elle a annulé la décision du 31 juillet 2003 et a maintenu le droit à la rente entière.

X a entrepris un stage d'orientation professionnelle décidé par l'office AI auprès de l'entreprise Z à Sion, du 1^{er} mars 2004 au 31 mai 2004. Il a rencontré des difficultés à travailler à plein temps. Le 11 mars 2004, le Dr E a attesté d'une incapacité de travail de X de 50%, dès le 3 mars 2004, estimant celle-ci à 100% le 5 mars 2004. Le 11 mai 2004, ce médecin a constaté une incapacité de travail de 70%, dès le 15 avril 2004.

Dans un rapport du 7 juin 2004, l'office AI a estimé que X n'avait, au cours de son stage d'orientation, pas rencontré de difficultés relatives à ses compétences professionnelles, son activité consistant à réceptionner, déballer et étiqueter la marchandise, ainsi qu'à contrôler des bulletins de livraison. Il n'avait en revanche pas supporté physiquement l'activité et avait exercé celle-ci à raison de 2 heures le matin et de 2 heures 30 l'après-midi.

Le 22 juillet 2004, le Dr H a constaté que d'autres activités étaient exigibles de l'assuré, "sur le plan médico-théorique". Celles-ci pouvaient être exercées entre six et huit heures par jour, moyennant une position alternée, deux pauses d'un quart d'heure par demi-journée ainsi que le port occasionnel de charges de dix kilos. Le médecin a exclu les travaux lourds et la marche en terrain irrégulier.

Dans un rapport du 29 novembre 2004, le Prof. J, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu que X ne présentait pas de comorbidité de nature à réduire sa capacité de travail sur le plan psychique.

A titre de mesures d'orientation professionnelle, X a suivi un stage aux Ateliers V, du 4 avril 2005 au 26 juin 2005. Le 9 mai 2005, le Dr K a déclaré que X était en incapacité de travail à raison de 50%, dès le 4 avril 2005, et qu'il pouvait exercer une activité dans un stage protégé, sans port de charges. Après avoir débuté son stage à 100%, l'intéressé a poursuivi celui-ci à 50%, soit de 9h30 à 11h45 et de 13h15 à 15h30.

cc) Le 2 décembre 2005, le Dr K a informé l'office AI qu'"une activité, légère, adaptée, sur la ½ journée, pour laquelle en 9 ans le patient n'a jamais été recyclé est théoriquement envisageable mais il s'agit plus d'une appréciation théorique que réelle à mon sens. (Aucune activité lucrative digne de ce nom). Même la fonction de chauffeur-livreur n'est pas envisageable compte tenu des problèmes oculaires qui, s'ils ne posent pas de problème pour la conduite automobile simple, sont une contre-indication pour une activité de type chauffeur professionnel". Il a précisé que le patient souffrait notamment d'asténie marquée et de diabète insulino-traité avec au minimum trois périodes d'injection, de gonalgies invalidantes avec limitations fonctionnelles et limites à la marche. Son acuité visuelle, acceptable pour la conduite d'une voiture de tourisme, était insuffisante pour toute conduite professionnelle. Le médecin s'est par ailleurs interrogé sur l'existence d'une activité à caractère lucratif allégée, sur la demi-journée, avec port de charges réduit, voire nul. Il a estimé qu'une telle activité était "probablement exigible" de l'assuré, mais l'état de santé de celui-ci impliquait davantage de procéder à la réévaluation de la rente plutôt qu'à une réinsertion dans le monde du travail.

Dans un rapport du 6 janvier 2006, le Dr L a estimé que la capacité de travail du patient était de 50% dans une activité adaptée, depuis le mois d'avril 2005. Il a précisé que l'on ne pouvait pas raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à un traitement permettant d'améliorer de manière significative sa capacité de travail.

dd) Par décision du 26 janvier 2006, l'office cantonal AI a fixé le degré d'invalidité de X à 67%, en comparant le revenu annuel professionnel raisonnablement exigible avec invalidité, soit 25'766 fr., et sans invalidité, soit 77'913 francs. L'autorité a fondé son appréciation sur l'état de santé de l'assuré, lequel était "compatible (...) avec l'exercice, à 50%, de toute activité adaptée simple et répétitive, permettant l'alternance des positions assise/debout et évitant le port de charges supérieures à 5-10 kg, les travaux lourds, les marches sur de longues distances, en terrain accidenté ou sur des échelles, les nuisances diverses (intempéries, humidité ou froid) ainsi qu'un stress trop important". En raison de ces limitations, elle a procédé à une réduction de 10% de la capacité de travail de X.

Depuis le 1^{er} mars 2006, l'assuré bénéficie d'un trois-quart de rente d'invalidité simple, fixée à 1184 francs. Une révision de celle-ci est prévue au 31 janvier 2009.

b) Par courrier du 25 septembre 2003, A a informé X qu'elle avait "pris connaissance de la décision de l'AI du 31.07.2003 dans laquelle il ressort un taux d'invalidité de 35%". Elle lui a indiqué qu'elle poursuivrait ses versements au taux de 35% en spécifiant que "si un droit à la rente devait à l'issue [lui] être reconnu, il est clair qu'[elle] interviendr[ait] de manière rétroactive". L'assurance lui a versé 1815 fr. 70, montant correspondant à 35% de la rente annuelle de 30'000 fr., pour la période allant du 1^{er} juillet au 30 septembre 2003, sous déduction de 809 fr. 30, à titre de prime pour la période du 1^{er} juillet 2003 au 31 mars 2004.

aa) A la suite de la décision de l'office AI du 30 octobre 2003, A a, le 5 janvier 2004, consenti au versement du solde de 65% de la rente convenue entre le 1^{er} juillet 2003 et le 30 septembre 2003 et lui a remboursé le montant retenu à titre de prime pour cette période. Elle a en outre accepté de payer à l'assuré 3750 fr., montant correspondant à une demi-rente pour la période allant du 1^{er} octobre 2003 au 31 décembre 2003.

bb) Sommée par X de verser la totalité de la rente, l'assurance a, par courrier du 15 avril 2004, informé celui-ci qu'elle maintenait ses paiements à hauteur de 50%, pour éviter de lui réclamer ultérieurement une restitution. Elle a par ailleurs exposé qu'"en l'état actuel du dossier, il [lui] parai[ssait] difficile de déterminer le taux d'invalidité" et a mentionné que le "fait que l'AI ait repris ses versements, et ce de manière rétroactive au 01.10.2003, n'[était] pas déterminant (...)".

cc) Le 22 février 2005, l'assurance a précisé sa position comme suit:

" Comme l'indique notre définition de l'incapacité de gain, c'est non seulement l'aspect financier qui détermine le droit aux prestations, mais également l'aspect médical. En effet, c'est sur la base de signes objectifs médicalement constatables que nous devons statuer, ceci en tenant compte d'activité conforme à la position sociale, aux connaissances et aux aptitudes.

Nous tenons ici à relever que, dans une expertise du Dr I du 21.07.2003, il est stipulé que, nous citons: " X reconnaît cependant qu'il serait capable de travailler plus ou moins normalement dans une activité légère, ne sollicitant pas les genoux".

Cet expert conclut qu'il existe une limitation de la capacité de travail dans toute activité qui nécessite des positions accroupies, des déplacements dans des terrains accidentés ou la montée/descente d'escaliers, en particulier avec le port de charges.

Dans toute autre activité, la capacité de travail reste entière.

Etant donné que X se trouve dans une situation de "sans emploi", il nous est loisible d'analyser la situation sous l'angle d'activité raisonnablement exigible.

Ainsi, nous pourrions tout à fait mettre fin au versement de nos prestations sur la base de l'expertise du Dr I.

Toutefois, soucieux de trouver une solution adéquate à ce dossier et n'étant pas en mesure de déterminer avec précision les aptitudes de X dans une nouvelle activité, nous avons opté pour une décision transitoire, à savoir le versement de nos prestations à 50%. Ainsi nous avons, comme le dit si bien l'expression, "coupé la poire en deux".

Pour clore, une copie de la décision de l'AI du 10.11.2003 [recte: 11.11.2003] se trouve effectivement en notre possession. Toutefois, s'agissant d'une assurance de 3e pilier, nous ne sommes pas tenus de nous baser sur les décisions de cette institution."

Malgré la décision de l'office AI du 26 janvier 2006, l'assurance a refusé de servir au demandeur la totalité de la rente arrêtée contractuellement.

dd) De ce qui précède, la cour retient que A a, dès le 1^{er} octobre 2003, retenu un taux d'incapacité de gain de 50% pour verser à l'assuré une demi-rente. Elle a déduit de cette somme une partie de la prime, soit 415 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 31 mars 2004. Du 1^{er} avril 2004 jusqu'au 31 mars 2006, le montant retenu sur la demi-rente s'est élevé à 640 fr. par an, correspondant à la

moitié de la prime de 1660 fr. avec déduction de la participation du preneur d'assurance aux excédents (190 fr.). La participation dont X a ensuite bénéficié a été identique, si l'on s'en tient aux conclusions du demandeur qui se réfère à une prime annuelle de 1470 fr. (7'350 fr. : 5), montant correspondant à la prime contractuelle après déduction de 190 francs.

II. Considérant en droit

5. Selon l'art. 16 al. 1 CPC, les diverses conclusions prises dans une même procédure par le demandeur sont additionnées (RVJ 2004 p. 225 consid. 3c). Au terme de son mémoire-conclusions, le demandeur a requis le versement de 82'350 fr. (75'000 fr. + 7350 fr.). Ce montant constitue la valeur litigieuse fondant la compétence du Tribunal cantonal en raison de la matière (art. 23 al. 5 let. b CPC). La compétence en raison du lieu n'est au surplus pas contestée (art. 10 al. 1 LFors).

6. Les parties ont conclu un contrat d'assurance privée prévoyant le versement d'une rente pour incapacité de gain soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance (RVJ 1996 p. 257 consid. 8a; Stoessel, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), Bâle 2001, ci-après: Commentaire bâlois, n. 6 ss ad art. 3 LCA). Les principes généraux de l'interprétation des contrats et du respect de la bonne foi s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières: l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations et, partant, au code civil (ATF 118 II 342 consid. 1a).

Ainsi, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (ATF 131 III 606 consid. 4.1; art. 18 al. 1 CO). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b; 115 II 264 consid. 5a). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties. Il ressort en effet de l'art. 18 al. 1 CO

qu'on ne peut ériger en principe qu'il faille, en présence d'un texte clair, exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 129 III 118 consid. 2.5; 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c; arrêt 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444 consid. 1b; Chappuis, Note à propos des ATF 127 III 318 et 127 III 444 : l'interprétation d'un texte clair, in SJ 2002 I p. 155).

Par ailleurs, les rapports des parties au contrat sont régis par le principe de la bonne foi, particulièrement en matière d'assurance (ATF 38 II 211). Aux termes de l'art. 2 al. 1 CC, chacun est en effet tenu d'exercer ses droits et d'exécuter ses obligations selon les règles de la bonne foi. L'abus de droit n'est pas protégé par la loi (art. 2 al. 2 CC). Abuse notamment de son droit celui qui adopte un comportement contredisant de façon flagrante un comportement antérieur (ATF 125 III 257 consid. 2a). Les règles de la bonne foi jouent ainsi un rôle décisif dans la détermination des devoirs des parties au contrat d'assurance (RBA III n° 62).

Ces principes posés, il convient en premier lieu de déterminer si la volonté des parties au contrat litigieux était de conclure une assurance-somme ou une assurance-dommages.

a) aa) La LCA établit une distinction bipartite de l'assurance, entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA) d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA) d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions (Viret, Droit des assurances privées, 3e éd., Zurich 1991, p. 155). L'assurance de personnes est celle qui a pour objet une personne physique et où la prestation de l'assureur dépend généralement d'un événement qui atteint la personne de l'assuré, tel que maladie, accident, lésion corporelle, invalidité ou décès (Viret, *op. cit.*, p. 158; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e éd., Berne 1995, p. 168 et 271). L'assurance de personnes se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire: elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit (Viret, *op. cit.*, p. 153 et 158; ATF 49 II 364 consid. 3).

bb) Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre les accidents, a pour objet une personne physique, l'on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur - dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat - qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires; lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations, il s'agit en revanche d'une assurance contre le dommage (ATF 119 II 361 consid. 4).

En l'occurrence, il apparaît, à la lecture des conditions générales, que le droit à la rente prévue dans la police d'assurance litigieuse est soumis à la condition que l'assuré subisse une perte effective sur le plan économique. L'art. 1.1. des CGC fait en effet dépendre l'incapacité de gain de l'existence de trois conditions cumulatives: (1°) un accident ou une maladie, (2°) une incapacité d'exercer la profession ou une activité adaptée et (3°) une perte de gain effective ou un autre préjudice pécuniaire équivalent.

On ne saurait cependant s'arrêter aux termes "perte de gain" utilisés dans les clauses contractuelles préformulées pour conclure à l'expression de la réelle et commune volonté des parties. En effet, le comportement adopté par la défenderesse dans le contexte des versements opérés entre janvier 1997 et juillet 2003 impose de s'écarter de l'interprétation littérale.

Le 23 juillet 1997, A a consenti au paiement de la totalité de la rente convenue dans le contrat d'assurance, après avoir consulté les documents de l'office AI. Ceux-ci renseignent sur la situation patrimoniale de X et mentionnent notamment que l'assuré percevait des indemnités d'autres assurances privées. Ils détaillent par ailleurs le calcul opéré par l'autorité pour fixer le taux d'invalidité de celui-ci. L'office AI n'a en effet pas tenu compte des pertes de revenus subies par X, mais a estimé la capacité de travail de l'intéressé dans l'exercice de son activité de ferblantier-appareilleur, eu égard aux tâches qu'il devait exécuter dans son entreprise. Avant d'opérer ses premiers versements, l'assurance n'a ainsi pas jugé conforme au texte du contrat d'examiner si le demandeur subissait une perte de revenu effective, pas plus qu'elle n'a assujéti à cette condition le service de la rente arrêtée contractuellement.

Par la suite, la défenderesse a, à intervalles réguliers, pris des renseignements auprès de l'office AI sur le "taux d'incapacité de gain" du demandeur. Elle s'est acquittée de ses prestations sur la seule base du taux d'invalidité communiqué par l'autorité. Jusqu'en juillet 2003, A a calqué ses paiements sur l'appréciation de l'office AI. Elle a servi la rente convenue, sans examiner si l'assuré subissait également, malgré les indemnités d'autres assurances privées, une perte patrimoniale. Elle n'a par ailleurs pas exigé du demandeur qu'il produise des documents fiscaux avant le début de la présente procédure. Ce n'est que le 22 février 2005, soit plus de huit ans après qu'elle avait débuté ses versements, que l'assurance a prétendu se référer à la fois à l'"aspect financier et médical" pour déterminer le droit aux prestations.

Il résulte du comportement constant et répété de la défenderesse que l'assurance conclue par les parties couvre le risque d'incapacité de gagner, indépendamment d'une perte de gain effective. La police et les conditions générales en cause ne peuvent par conséquent être comprises que dans le sens que la prestation de l'assureur est subordonnée à l'évènement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires. Dès lors, même si les termes utilisés dans l'art. 1.1. CGC n° 4004 peuvent être appréhendés comme une assurance-dommage, la volonté des parties, seule déterminante en l'occurrence, ne correspond pas à cette interprétation, mais à celle d'une assurance indépendante d'une diminution du revenu. Rien dans les clauses contractuelles préformulées n'indique au surplus que le montant de 30'000 fr. arrêté dans le contrat en cause aurait en particulier été déterminé sur la base du revenu de l'assuré, élément qui ne ressort en outre pas du dossier.

Au vu de ce qui précède, la police litigieuse doit être qualifiée d'assurance de personnes prévoyant des prestations de sommes, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur d'assurance. Le degré d'incapacité de gain découle donc uniquement de l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré, peu importe qu'il subisse ou non un dommage économique.

A ce stade, il s'impose de déterminer le sens de la notion d'"incapacité de travail".

b) aa) Selon la jurisprudence, il convient d'opérer une distinction au sein de l'assurance-somme selon que celle-ci vise l'incapacité de l'assuré à exercer sa

profession ou de déployer une autre activité que l'on peut légitimement attendre de lui, indépendamment du dommage subi (arrêt 4A.140/2007 du 23 août 2007 consid.4.1 ; 5C.19/2006 du 21 avril 2006 consid. 2.2; RBA XIV n° 89; RBA IX n° 182). Dans ce contexte, la notion de marché de l'emploi doit être examinée concrètement. Elle ne se confond donc pas avec celle de marché du travail équilibré de l'assurance-invalidité (Weber, Die Schadenminderungspflicht – eine metamorphe Rechtsfigur, *in*: Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung, Saint-Gall 1999, n. 57, p. 151). Il importe, en effet, d'évaluer les chances de reconversion professionnelle de l'intéressé et non pas d'examiner si celui-ci remplit les conditions présidant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

En revanche, l'invalidité au sens de la LAI concerne la diminution permanente ou de longue durée des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 117 V 335 consid. 5c). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité (Monnard, La notion de marché du travail équilibré de l'art. 28, alinéa 2, LAI, thèse, Lausanne 1990, p. 96). Ce marché implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidité a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente. Le marché équilibré du travail étant une notion théorique, il suffit d'examiner quelle est (ou quelle serait) l'activité raisonnablement exigible dans laquelle l'invalidité peut (ou pourrait) mettre à profit sa capacité résiduelle de gain (ATF 110 V 273 consid. 4b). Dans ce contexte, un assuré peut être tenu d'accepter une fonction moins élevée hiérarchiquement que celle qu'il occupait auparavant, ou d'exercer une activité lui conférant moins d'autonomie que celle dont il disposait, l'effort à consentir étant d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle (cf. ATF 122 V 380 consid. 2b/cc; 119 V 254 consid. 3a).

bb) Dans le cas d'espèce, l'assurance soutient que la notion d'incapacité de travail au sens des conditions générales est médico-théorique. Or, cette interprétation est en contradiction avec le comportement qu'elle a adopté après la conclusion du contrat, de même qu'avec le texte des conditions générales de la police litigieuse.

Entre 1997 et 2003, la défenderesse a en effet fait dépendre ses versements des renseignements de l'office AI. Elle a calqué ses prestations sur celles de l'assurance-invalidité, assimilant le "taux d'invalidité" au "degré d'incapacité", sans examiner si l'autorité se fondait sur des rapports médicaux actualisés, ce qui n'était au demeurant pas le cas. Ceux-ci ne se basaient par ailleurs que sur la capacité de travail du demandeur dans sa profession de ferblantier-appareilleur. Pour ce motif déjà, il y a lieu d'interpréter la notion d'incapacité de travail comme désignant la capacité pour le demandeur d'exercer cette profession.

Mais il y a plus. Le 25 septembre 2003, se fondant toujours sur la décision de l'office AI du 31 juillet 2003, "de laquelle il ressort[ait] un taux d'invalidité de 35%", la société d'assurances a limité ses versements au taux de 35%. Elle a cependant indiqué à l'assuré qu'en cas de modification de la rente-invalidité, elle "interviendrait de manière rétroactive". Or, le 5 janvier 2004, la défenderesse a prétendu que les décisions de l'office AI n'étaient pas déterminantes pour elle. Dès ce moment, elle ne s'est plus basée sur le taux d'invalidité fixé par l'office AI, mais uniquement sur l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail de X. Par là, l'assurance a modifié son comportement, sans établir que les parties avaient conclu un nouveau contrat. Elle n'a ainsi pas tenu compte du fait que l'office AI avait fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 80% jusqu'au 26 janvier 2006, puis à 67% dès cette date. La défenderesse a néanmoins continué de servir au demandeur une demi-rente, en préférant attendre l'issue du stage d'évaluation et la détermination définitive du taux d'invalidité (all. 41, p. 47). Elle n'a elle-même pas usé du critère médico-théorique sur lequel elle a, par la suite, prétendu se fonder.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que A a contredit de manière flagrante le comportement adopté auparavant, au mépris des règles de la bonne foi. Tandis qu'elle avait subordonné dans un premier temps le degré d'incapacité de travail de l'assuré au taux d'invalidité retenu par l'office AI, elle a par la suite prétendu pouvoir se baser sur la seule capacité médico-théorique du demandeur, en fondant son droit sur le contrat qui la liait à celui-ci.

En conséquence, à supposer qu'une interprétation objective en application du principe de la confiance conduise à considérer que la police litigieuse retienne la définition de l'incapacité de travail à laquelle se réfère la défenderesse, le

comportement adopté par celle-ci constitue un abus de droit qui ne mérite aucune protection. En l'occurrence, le taux d'invalidité retenu par l'office AI était supérieur à 66 2/3 %, dès le 1^{er} octobre 2003 : il était de 80% dès cette date (décision du 10 novembre 2003) et de 67% (décision du 26 janvier 2006) dès le 1^{er} mars 2006.

Pour ce motif déjà, l'assuré remplit l'une des conditions lui ouvrant le droit au versement de la rente fixée conventionnellement. L'interprétation de la volonté réelle des parties, à la lumière de la notion d'incapacité de travail de l'assuré, telle qu'elle ressort des conditions générales litigieuses, ne conduit toutefois pas à un autre résultat. En effet, ces clauses contractuelles soumettent le paiement de la rente à l'incapacité du demandeur d'exercer sa profession. Or, il résulte des rapports médicaux versés en cause que, souffrant de gonalgies bilatérales chroniques ainsi que d'une chondropathie rotulienne et d'arthrite récidivante, X était, durant la période litigieuse, totalement incapable d'exercer son métier de ferblantier-appareilleur.

Les conditions générales mentionnent également l'incapacité pour l'assuré de déployer une autre activité conforme à sa situation sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes. Cette disposition a pour fonction de préciser le contenu de l'obligation de sauvetage. Elle n'a de sens que si les parties ont voulu adopter une réglementation plus favorable à l'assuré que celle prévue à l'art. 61 LCA. En d'autres termes, il ne peut être tenu de consentir, abstraitement, d'importants efforts, voire des sacrifices conséquents, en vue de maintenir sa capacité de travail. Son obligation de sauvetage ne se confond ainsi pas avec celle de réduire le dommage du droit des assurances sociales. Il sied à cet égard de rappeler qu'il appartient à l'assureur de prouver que l'assuré est capable d'exercer une autre activité, conforme aux trois critères énumérés.

En l'occurrence, si les expertises médicales versées au dossier AI révèlent que le demandeur était, en 2003, capable de travailler dans une activité de commissionnaire à 100% et si l'exercice d'une telle activité était compatible avec les connaissances de l'intéressé, autre est en revanche la question de savoir si celle-ci l'était avec sa position sociale et ses aptitudes. Pendant près de dix ans, X a en effet exploité une entreprise de ferblanterie. A ce titre, il avait plusieurs ouvriers sous ses ordres. Le poste subalterne de commissionnaire apparaît par conséquent en inadéquation avec la position d'entrepreneur indépendant. Il s'agit d'une fonction moins élevée hiérarchiquement qui ne nécessite aucune qualification particulière et qui confère

au demandeur une autonomie moindre dans une mesure notable. Sa position sociale l'empêchait dès lors d'exercer une telle activité, de surcroît bien moins rémunérée que celle de ferblantier-appareilleur. X a, en outre, cessé en 2001 cette activité qu'il n'avait pratiquée qu'à raison de dix heures par mois. Comme l'a d'ailleurs relevé l'office AI en revenant sur sa décision de suppression de rente en automne 2003, le demandeur n'était, à cette époque, pas suffisamment réadapté pour envisager l'exercice d'une activité lucrative apte à lui procurer un revenu suffisant. Il lui fallait auparavant entreprendre des démarches d'orientation professionnelle en vue de déterminer ses perspectives de réinsertion. C'est dire si celui-ci ne disposait pas, durant la période litigieuse, des aptitudes à exercer une autre activité. Au demeurant, les rapports médicaux des Drs I, H (datés des 30 juin et 21 juillet 2003) et L (daté du 6 janvier 2006) ne suffisent pas à établir la capacité de travail de X dans une autre activité, puisqu'ils n'examinent pas les critères fixés conventionnellement. Ils font en effet état d'une capacité de travail médico-théorique, sans tenir compte de la fonction professionnelle, de l'équivalence salariale et du marché du travail. Ce constat s'impose également à la lecture du rapport du 2 décembre 2005 du Dr K. Selon ce spécialiste, aucune "activité lucrative digne de ce nom" ne peut être exercée par le demandeur, eu égard aux limitations auxquelles il est soumis.

Dans ces circonstances, force est de constater que la défenderesse a échoué à démontrer que X était capable d'exercer, durant la période litigieuse, une autre activité conforme à ses connaissances, à sa position sociale et à ses aptitudes. A ce stade, il sied d'examiner la question de l'obligation du lésé de diminuer le dommage.

c) aa) Ce n'est que s'il y a incapacité de gain au sens convenu par les parties qu'il s'impose d'examiner si l'assuré s'est conformé à l'obligation de réduire le dommage de l'art. 61 LCA. Aux termes de cette disposition, 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). L'art. 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral déduit, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et

lui ait donné un délai adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 4A.140/2007 du 3 août 2007 consid. 6.1; ATF 111 V 235 consid. 2a). Ces mesures peuvent consister en un changement de métier, mais l'exigibilité de la reconversion professionnelle doit être appréciée notamment au regard de l'âge de l'intéressé; on ne peut contraindre un assuré à changer la profession qu'il a exercée durant de nombreuses années. Les circonstances concrètes et la personne de l'assuré sont, par ailleurs, décisives: connaissances professionnelles, formation, niveau social, stabilité de l'emploi, conditions et lieu de travail, caractère admissible de l'activité, chances sur le marché de l'emploi (Nef, *Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und Verschulden*, in: *HAVE* 2005, p. 238; Ileri, *Commentaire bâlois*, n. 30 ad art. 88 LCA; Weber, *op. cit.*, p. 151; Pichonnaz, *Le devoir du lésé de diminuer son dommage*, in: *Werro*, *La fixation de l'indemnité*, Berne 2004, p. 109 et 124; Roberto, *Schweizerisches Haftpflichtrecht*, Zurich 2002, n. 817).

Sous réserve de l'exigence d'une faute comme condition de toute réduction des prestations en cas de manquement de l'assuré (cf. art. 45 LCA), l'art. 61 LCA n'est pas impératif (art. 97 et 98 LCA). Les parties au contrat d'assurance peuvent donc adopter sur ce point une réglementation plus favorable à l'assuré. Le cas échéant, le devoir de celui-ci de diminuer son dommage ne saurait vider de leur substance les critères de l'incapacité de travail fixés par les CGA (RBA XVII n° 36). Si, par exemple, un assuré peut, théoriquement, faire des travaux légers, mais n'est pas à même, pratiquement, de les effectuer faute de formation, il a droit à une rente complète pour incapacité de gain totale dans l'hypothèse où les CGA prévoient qu'"il y a incapacité de gain lorsque (...) l'assuré n'est plus à même d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative correspondant à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes" (RBA XVIII n° 47). L'assureur supporte le fardeau de la preuve de l'exigibilité de la reconversion professionnelle de l'assuré (Nef, *op. cit.*, p. 255).

bb) Dans le cas présent, le demandeur a communiqué sans délai à la défenderesse le sinistre dès sa survenance, ce que celle-ci ne conteste au demeurant pas (cf. le courrier du 23 juillet 1997). Il a entrepris des démarches pour se réinsérer professionnellement par le biais des structures de l'assurance-invalidité. Partant, on ne saurait lui reprocher de n'avoir pas tenté de diminuer son dommage. Au demeurant, l'assurance ne lui a fixé aucun délai raisonnable à cette fin.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le demandeur justifiait, dès le 1^{er} octobre 2003, d'un taux d'incapacité de gain, au sens convenu par les parties, lui donnant droit à l'exécution par la défenderesse de la totalité des prestations arrêtées contractuellement.

d) Jusqu'à la fin du mois de septembre 2003, A a versé au demandeur l'entier de la rente arrêtée dans le contrat d'assurance. Dès le 1^{er} octobre 2003, elle n'a plus servi à l'intéressé que la moitié du montant convenu. Par ailleurs, elle a déduit de ses paiements une partie de la prime annuelle de 1660 fr., soit 415 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 31 mars 2004 et 640 fr. par an du 1^{er} avril 2004 jusqu'au 1^{er} octobre 2008. Partant, pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 31 mars 2004, la défenderesse est débitrice envers X de 7500 fr. (3750 fr. x 2 trimestres) et de 415 fr.; pour la période du 1^{er} avril 2004 au 1^{er} octobre 2008, A doit s'acquitter de 67'500 fr. (3750 fr. x 18 trimestres) et de 2880 fr. (640 fr. x 4,5 ans). Les montants totaux dus par la défenderesse à X représentent 75'000 fr. (7500 fr. + 67'500 fr.) à titre de rente et 3'295 fr. (415 fr. + 2880 fr.) à titre de remboursement de primes.

7. X réclame le paiement d'intérêts de retard.

a) La LCA ne contient pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). Il s'agit alors d'un terme ou d'un délai comminatoire, constituant une date du calendrier ou résultant de critères objectifs permettant de le calculer sans ambiguïté (arrêt du Tribunal fédéral 5C.57/2001 du 14 mai 2001 consid. 2; Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, RVJ 1990 p. 350 ss, p. 360 s.). Il en va cependant différemment en matière de rente, pour lesquelles il convient d'appliquer l'art. 105 al. 1 CO. Selon cette disposition, le débiteur en demeure pour le paiement d'intérêts, d'arrérages ou d'une somme dont il a fait donation, ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. Le fondement de cette disposition réside dans le fait que le créancier, selon l'expérience générale, n'investit pas les prestations en cause pour en tirer des revenus, mais les utilise aux fins d'assurer son entretien (Spahr, *op. cit.*, p. 370; ATF 119 V 131 consid. 4c).

b) En l'occurrence, les conditions générales prévoient que la rente est payable trimestriellement à terme échu (art. 2.4. CGC n° 4004). Néanmoins, conformément à l'art. 105 al. 1 CO, la défenderesse est tenue de verser un intérêt moratoire dès le 17 mai 2005, date de l'introduction de la demande en justice. Les rentes échues en cours de procédure portent quant à elles immédiatement intérêt (Thévenoz, Code des obligations I, art. 1-529 CO, Genève/Bâle/Munich 2003, n. 4 ad art. 105 CO). Par conséquent, l'intérêt, au taux de 5% l'an (art. 104 CO), doit être compté sur 22'500 fr. dès le 17 mai 2005 et sur 52'500 fr. dès le 15 février 2007 (échéance moyenne).

Le demandeur n'a en revanche pas mis en demeure A pour le remboursement des primes avant le dépôt de son mémoire-conclusions du 15 octobre 2008, de sorte que l'intérêt de 5% sur le montant de 3295 fr. court dès le 17 octobre 2008.

8. En règle générale, les frais sont mis à la charge de la partie qui succombe. En l'occurrence, le demandeur réclamait le versement de 82'350 francs. Il a obtenu 78'295 francs. Dans la mesure où il a dû ouvrir action pour faire reconnaître son droit, il y a lieu de mettre l'ensemble des frais de justice à la charge de la défenderesse.

a) Déterminé en fonction de la valeur litigieuse, l'émolument de justice varie en l'occurrence entre 3000 fr. et 8000 fr. (art. 14 al. 1 LTar). Eu égard au degré de difficulté moyen de l'affaire et aux principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations (art. 11 al. 2 LTar) ainsi qu'à l'évolution de la valeur litigieuse, les frais de justice sont arrêtés à 5000 francs. Ils comprennent 4705 fr. d'émolument de justice et 295 fr. de débours au sens des articles 5 ss LTar, soit 270 fr. d'indemnités aux témoins et 25 fr. pour les services d'un huissier.

Compte tenu des avances versées par les parties (1350 fr. par le demandeur, 1620 fr. par la défenderesse), A doit encore s'acquitter de 2030 francs. Elle versera par ailleurs à X 1350 fr., à titre de remboursement d'avances.

b) Les honoraires varient entre 8300 fr. et 11'200 fr. (art. 32 al. 1 LTar). Compte tenu de la difficulté moyenne de la cause et de l'activité déployée par le

mandataire de X, ceux-ci sont arrêtés à 10'000 fr. (art. 26 et 32 al. 1 LTar),
débours compris.

Par ces motifs,

PRONONCE

La demande est admise. En conséquence, il est statué:

1. A, Compagnie d'assurances SA paiera à X les montants
suivants:
 - 75'000 fr. portant intérêt à 5% dès le 17 mai 2005 sur 22'500 fr. et dès le
15 février 2007 sur 52'500 fr.;
 - 3295 fr. avec intérêt à 5% dès le 17 octobre 2008.
2. Les frais, par 5000 fr., sont mis à la charge de A, Compagnie
d'assurances SA.
3. A, Compagnie d'assurances SA versera à X une
indemnité de 10'000 fr., à titre de dépens et un montant de 1350 fr., en
remboursement de ses avances.

Ainsi jugé à Sion, le 9 janvier 2009.

AU NOM DU TRIBUNAL CANTONAL

Le président,

La greffière,

Expédié comme acte judiciaire, le 16 janvier 2009, à

- M^e Chantal Ducrot, avocate à Martigny

- M^e Thierry Roudit, avocat à Fully

Ce jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile, dans les trente jours dès sa notification, auprès
du Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Il est au surplus renvoyé au système des voies de droit de la loi

fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF) qui régleme aussi le mémoire de recours et ses annexes (art. 42 LTF).