

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20090109_f_vs_o_01 vom 9. Januar 2009

FINMA Versicherungsrecht, 2009-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20090109_f_vs_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20090109_f_vs_o_01 du 9 janvier 2009

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20090109_f_vs_o_01 del 9 gennaio 2009

Erwägungen

E. 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 OPO). La compétence en raison du lieu n'est au surplus pas contestée (art. 10 al. 1 LFors).

E. 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 (LOA; 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 (WG), Bale 2001, ci-après: Commentaire bâlois, n. 6 ss ad art. 3 LOA). 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 LOA renvoie au droit des obligations et, partant, au code civil (ATF 118 III 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 00). 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 00 X

- 13 - 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 50.305/2001 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 1p. 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 00, 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 00). 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-dommage. a) aa) La LOA établit une distinction bipartite de l'assurance, entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LOA) d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LOA) 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 indemnitaires: 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).

- 1 4 - 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, la Vaudoise 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 Dorsaz 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 Dorsaz, 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. X A X,

15- 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, la Vaudoise 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'événement 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 A

16 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 ; 50.19/2006 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'invalidé 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'invalidé 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.

17 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 Dorsaz. 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 (ail. 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 la Vaudoise 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 X. A

18 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, Dorsaz 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 LOA. 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, Dorsaz 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 X X

19- 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. Dorsaz 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 Zufferey, Meyer (datés des 30 juin et 21 juillet 2003) et de Roten (daté du 6 janvier 2006) ne suffisent pas à établir la capacité de travail de Dorsaz 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 Rémondeulaz. 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 Dorsaz 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 LÇA. 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 LOA 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 X I, H L X K. X

20 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; Hen, *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 LOA), 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.

21 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, la Vaudoise 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 Dorsaz 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, la Vaudoise 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 Dorsaz 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.

E. 7

Dorsaz réclame le paiement d'intérêts de retard. a) La LOA 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 00. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 00); 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 00). 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 50.57/2001 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 00. 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). A X A X X

22 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 00, 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 00, Genève/Bâle/Munich 2003, n. 4 ad art. 105 00). Par conséquent, l'intérêt, au taux de 5% l'an (art. 104 00), 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 la Vaudoise 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.

E. 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), la Vaudoise doit encore s'acquitter de 2030 francs. Elle versera par ailleurs à Dorsaz 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 A A X

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.