

NE_GERICHTE CACIV.2011.41 vom 12. Dezember 2016

NE Tribunal cantonal, 2016-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CACIV.2011.41

FR: NE_GERICHTE CACIV.2011.41 du 12 décembre 2016

IT: NE_GERICHTE CACIV.2011.41 del 12 dicembre 2016

Erwägungen

E. 6

juillet 2004 et pour la période allant du 6 juillet 2004 au 31 décembre 2005. Dans ses réponses, le Dr A. a mentionné des dizaines de consultations, dont trois les 19 octobre, 9 novembre et 7 décembre 2005, lors desquelles il avait prescrit un rapport neurologique, respectivement contrôlé l'efficacité des nouveaux médicaments contre la douleur et effectué un contrôle du sucre dans le sang, avec ajustement de la thérapie. S'agissant des différentes incapacités de travail, le médecin en a listé sept de septembre 2004 à fin décembre 2005, la dernière du « 25.08 – 31.10.2005 » à 100 % en raison de douleurs dans les membres inférieurs. c) Par courrier du 13 mars 2008, l'assureur a indiqué à l'assuré que les éléments nouveaux contenus dans le témoignage du Dr A., transmis aux parties le 19 février 2008 – soit notamment l'indication selon laquelle il avait consulté son médecin à 41 reprises dans les cinq ans qui avaient précédé la signature du questionnaire d'assurance – justifiait une nouvelle dénonciation du contrat pour réticence. d) L'échange d'écritures entre les parties, axé principalement sur les trois réticences invoquées par l'assurance, s'est prolongé jusqu'en août 2008. Dans sa réponse du 4 juillet 2008 au mémoire complémentaire à la réponse et à la duplique, l'assuré a persisté à conclure au versement de l'intégralité des indemnités dues en vertu de la police d'assurance conclue, soit 110'000 francs, avec intérêts à 5 % dès le 25 août 2005. Le 9 octobre 2008, la défenderesse a déclaré qu'elle renonçait à l'interrogatoire du demandeur et à la mise en œuvre d'une expertise, ce dont le juge instructeur a pris acte. Par courrier du 27 mai 2009, le demandeur a indiqué que sous réserve de l'acceptation de deux pièces complémentaires, il ne sollicitait pas d'autres mesures d'instruction. Par ordonnance du 18 juin 2009, le juge instructeur de la Cour civile a ordonné la clôture de la procédure probatoire. e) Par jugement du 25 mai 2011, la Cour civile du Tribunal cantonal, composée du seul juge instructeur (art. 84 OJN), a retenu qu'il y avait eu réticence et a rejeté la demande de l'assuré. Saisie d'un appel formé par l'assuré, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a confirmé ce jugement par arrêt du 14 mai 2012. f) Saisi d'un recours en matière civile interjeté par l'assuré, le Tribunal fédéral, par arrêt du 4 décembre 2012, a annulé la décision cantonale et a renvoyé la cause à l'autorité précédente pour nouvelle décision (arrêt du TF du 04.12.2012 [4A_370/2012]). Il a en particulier considéré que l'état de fait contenu dans la décision cantonale était insuffisant pour permettre de contrôler que les conditions légales d'une réticence étaient réunies. g) Par arrêt après renvoi du 16 mai 2014, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a rejeté une nouvelle fois l'appel de X. et a confirmé le jugement du 25 mai 2011. h) Par arrêt du 27 avril 2015, le Tribunal fédéral a admis partiellement le recours de X. et a annulé le jugement attaqué. Le Tribunal fédéral a constaté que, indépendamment de l'existence d'une réticence au sens de l'article 6 LCA, l'assureur ne pouvait de toute manière pas valablement résilier le contrat, au sens de l'article 8 ch. 3 et 4 LCA, puisqu'il connaissait (ou du moins aurait dû connaître) l'état de santé de l'assuré avant la conclusion du contrat litigieux, qui était donc

maintenu. La cause a été renvoyée une nouvelle fois à la Cour de céans pour qu'elle examine le mérite des conclusions prises par le recourant tendant au paiement d'un montant total de 110'000 francs, intérêts en sus. Le Tribunal fédéral a relevé que la cour cantonale, compte tenu du raisonnement qu'elle avait suivi, n'avait pas examiné ces prétentions (arrêt du TF du 27.04.2015 [4A_376/2014]). D. Le 28 mai 2015, le juge instructeur de la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a invité les parties à se déterminer sur la suite qu'elles entendaient donner à la procédure. Dans ses observations du 31 août 2015, l'intimée a conclu au rejet de la demande. Elle a notamment fait valoir que le dossier, tel que constitué en date du 18 juin 2009 et ne pouvant plus être complété en fait ni en droit, n'établissait – pour la période visée par les conclusions de l'appelant – qu'une incapacité de travail du 25 août 2005 au 31 octobre 2005, comme cela ressortait du témoignage écrit du Dr A. du 14 janvier 2008. On ne pouvait d'ailleurs exclure que cette incapacité résulte, pour partie ou totalement, d'une affection médicale expressément exclue par le contrat. En raison du délai d'attente de 30 jours, les prétentions de l'appelant représentaient ainsi au maximum un montant de 5'424.65 francs, auquel l'intimée était par ailleurs en droit d'opposer la compensation pour les primes d'assurance annuelles échues. En définitive, l'appelant n'avait donc pas démontré qu'il présentait une incapacité de travail, ni sa durée, ni sa quotité, ni enfin qu'elle ne résultait pas d'une affection médicale exclue par les réserves contractuellement stipulées. Dans sa prise de position du 9 septembre 2015, l'appelant a confirmé les conclusions de sa demande et déposé son mémoire d'honoraires. S'agissant des arguments développés par l'intimée dans ses observations du 31 août 2015, l'appelant a fait valoir qu'invoquer un tel « moyen » à ce stade de la procédure ressortait de la mauvaise foi (courrier du 30 octobre 2015). Tardif, ce moyen devait donc être déclaré irrecevable, subsidiairement rejeté. Soulevant une mauvaise interprétation par l'intimée des certificats médicaux déposés à l'appui de son incapacité de travail, l'appelant a déposé une pièce nouvelle (courrier du Dr A. du 24 octobre 2015), ainsi qu'une copie d'une partie du dossier manuscrit de ce médecin. L'intimée s'est opposée à la recevabilité de ces pièces, réitérant qu'en l'état du dossier, aucune incapacité ne pouvait être retenue au-delà du 31 octobre 2015.

C O N S I D E R A N T 1. a) Interjeté dans les formes et délai légaux, dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 francs, l'appel est recevable (art. 308 al. 1 let. a et 311 al. 1 CPC). b) Le jugement attaqué ayant été communiqué aux parties le 14 mai 2012, les voies de droit sont régies par le CPC, entré en vigueur le 1 er janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC). En revanche, la procédure étant déjà en cours avant le 1 er janvier 2011, l'ancien droit de procédure civile neuchâtelois est applicable et la Cour de céans devra contrôler, le cas échéant, l'application de celui-ci (Tappy , CPC commenté, 2011, n. 24 ad art. 405 CPC).

2. a) L'appel est une voie de droit offrant à l'autorité de deuxième instance un plein pouvoir d'examen. Celle-ci examine librement tous les griefs de l'appelant, qu'ils concernent les faits ou le droit. Ainsi, l'instance d'appel revoit les faits avec une cognition pleine et entière ; elle contrôle librement l'appréciation des preuves et les constatations de fait de la décision de première instance (Hohl , Procédure civile, tome II, 2 e éd., 2010, n. 2399). L'autorité d'appel applique le droit d'office : elle n'est pas liée par les motifs invoqués par les parties ou par le tribunal de première instance (Hohl , op. cit. n. 2396 ; Spühler , in : Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2013, n. 1 ad art. 311 CPC). b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une assurance collective perte de gain en cas de maladie constitue une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (arrêt du TF du 11.02.2010 [4A_592/2009] cons. 1.1 ; arrêt du TF du 28.07.2009 [4A_291/2009] cons. 1). La maxime inquisitoire sociale s'applique aux

litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, qui sont soumis à la procédure simplifiée (art. 247 al. 2 let. a et art. 243 al. 2 let. f CPC). Avant l'entrée en vigueur du code de procédure civile unifié, le droit fédéral imposait déjà l'application de cette maxime dans plusieurs matières, notamment en droit du bail et droit du travail (cf. art. 274d al. 3 et 343 al. 4 aCO) ainsi qu'aux litiges concernant – comme en l'espèce – les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (cf. anciens art. 47 al. 2 et 85 al. 2 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance [LSA ; RS 961.01] ; arrêt du TF du 14.01.2015 [4A_261/2014] cons. 5 ; arrêt du TF du 13.09.2011 [4A_365/2011] cons. 3.6 ; arrêt du TF du 01.10.2004 [5C.134/2004] cons. 2.1 ; arrêt du TF du 16.06.2003 [5C.97/2003] cons. 4.1 ; ATF 127 III 421 cons. 2, JT 2002 I 318 ; cf. arrêt du TF du 12.11.2015 [4A_360/2015] cons. 4.2). La présente cause est donc régie par la maxime inquisitoire sociale.

c/aa) Le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi, que prévoyait expressément l'art. 66 al. 1 aOJ, demeure applicable sous la LTF (arrêt du TF du 15.05.2014 [5A_17/2014] cons. 2.1 et les références citées). En vertu de ce principe, l'autorité cantonale, à laquelle une affaire est renvoyée, est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral. Le juge auquel la cause est renvoyée voit donc sa cognition limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'il est lié par ce qui a été déjà tranché définitivement par le Tribunal fédéral et par les constatations de fait qui n'ont pas été attaquées devant lui. Des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 131 III 91 cons. 5.2 et les références citées). La procédure applicable devant l'autorité à laquelle la cause est renvoyée détermine, dans les limites tracées par l'arrêt de renvoi, s'il est possible de présenter de nouveaux allégués ou de nouveaux moyens de preuve (arrêt du TF du 14.01.2015 [4A_354/2014] cons. 4.1 ; ATF 116 II 220 cons. 4a).

bb) Le CPC étant applicable devant la juridiction d'appel (cf. cons. 1b supra), l'admission de faits nouveaux est soumise aux conditions de l'article 317 al. 1 CPC, indépendamment de l'application de la maxime inquisitoire (arrêt du TF du 25.05.2016 [4A_619/2015] cons. 2.2.2 ; ATF 138 III 625 cons. 2.1 ; arrêt du TF du 14.01.2015 [4A_354/2014] cons. 4.1).

cc) Selon l'article 317 al. 1 let. b CPC, les faits et moyens de preuve nouveaux ne peuvent être pris en compte, en procédure d'appel, que s'ils sont invoqués ou produits sans retard (let. a) et qu'ils ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (let. b). Il n'y a pas, dans le texte légal, de distinction entre vrais et faux nova. En pratique, si un fait se produit après le jugement de première instance – ou plus précisément après les débats principaux de première instance (art. 229 al. 1 CPC) –, la condition de nouveauté est remplie et seule celle d'allégation immédiate doit être examinée (voir, en ce sens, Tappy, Les voies de droit du nouveau code de procédure civile, JT 2010 III 115, 139 et Mathys, Stämpflis Handkommentar, ZPO, 2010, n. 6 ad art. 317). La présentation sans retard est exigée même si la nouveauté de l'ajout est indiscutable et elle s'apprécie dès la survenance ou la découverte de celui-ci. En l'occurrence, les pièces nouvelles produites par l'appelant, en ce qu'elles concernent la période d'incapacité de travail d'août/septembre 2005 à août/septembre 2007 – soit la période déterminante pour l'issue du litige –, sont irrecevables, puisque l'intéressé aurait pu en faire état dans le cadre de la procédure de première instance, dont l'instruction a été clôturée par ordonnance du 18 juin 2009. L'indication a posteriori d'une continuité dans l'incapacité de travail, par l'utilisation de l'adverbe « toujours », ne saurait permettre de contourner ces règles.

3. a) Dans le domaine de l'assurance couvrant le risque de perte de

gain en cas de maladie ou d'accident, les parties peuvent librement choisir, soit de conclure une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les articles 67 à 77 LAMal, soit de conclure une assurance d'indemnités journalières soumise à la LCA (arrêt du TF du 31.01.2013 [4A_529/2012] cons. 2.1 et les références citées). En l'occurrence, il est constant que l'appelant, en tant que preneur d'assurance, et l'intimée, en qualité d'assureur, ont conclu un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA, couvrant le risque de perte de gain dû à la maladie. Il s'agit donc d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale, relevant du droit privé (ATF 141 III 112 cons. 4.2 ; arrêt du TF du 31.01.2013 [4A_529/2012] cons. 2.1). b) En tant qu'indépendant, l'appelant a conclu une assurance basée sur une somme de salaire fixe, arrêtée à 55'000 francs (en particulier l' « Offre d'assurance indemnité journalière pour entreprise » prévoyant les « prestations et primes des personnes assurées sur la base de prestations fixes »). En cas d'incapacité de travail partielle de 25 % au moins, l'assuré pouvait prétendre au versement d'une indemnité journalière proportionnelle à son degré d'incapacité (offre d'assurance précitée). Il apparaît ainsi que l'appelant était assuré sur la base d'une indemnité journalière fixe, proportionnelle à son incapacité de travail et calculée sur la base d'un salaire annuel de 55'000 francs. Dès lors que le montant de l'indemnité journalière dépendait du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré et que la base de calcul de l'indemnité était un salaire fixe, et non effectif – aucune pièce n'étant exigée pour établir la perte de gain effective –, il y a lieu de retenir que le contrat portait sur une assurance de somme (cf. arrêt du TF du 16.07.2007 [4A_168/2007] cons. 3.2.4 et les références citées ; arrêt du TF du 22.02.2011 [4A_332/2010] cons. 5.2.3 et 5.2.4 ; cf. arrêt du TF du 02.11.2007 [4C.97/2007] cons. 3, a contrario ; arrêt du TF du 19.04.2007 [5C.243/2006] cons. 3.2, a contrario ; Brulhart, L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie, in : Le droit social dans la pratique de l'entreprise, 2006, p. 110, qui relève que pour les indépendants, la fixation de l'indemnité journalière sur la base d'un salaire annuel fixe plaide en faveur d'une assurance de somme). 4. a) Selon l'article 33 LCA, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Bien que la LCA ne traite pas de la question de la répartition du fardeau de la preuve en assurance privée, le système ne diffère pas des règles de droit commun, et plus particulièrement de la règle générale de l'article

E. 8

a) Comme déjà évoqué, l'ancien article 85 LSA prévoyait une procédure, simple, rapide et gratuite (al. 3). L'ancien article 13 de l'arrêté du 23 février 2004 fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires (RSN. 821.105) concrétisait la gratuité au niveau cantonal. Cette gratuité (art. 85 al. 3 aLSA) a été reprise dans le CPC, aux articles 113 al. 2 let. f et 114 let. e CPC. La procédure étant gratuite devant les instances cantonales (cf. arrêt du TF du 19 juin 2009 [4A_487/2007] cons. 9 et les références citées), les émoluments dont l'appelant et l'intimée ont fait l'avance leur seront remboursés. b) L'issue du litige demeurant incertaine, il n'y a pas lieu de revenir sur les dépens de première instance, qui seront fixés à nouveau par l'autorité à laquelle la cause est renvoyée. c) L'appelant a obtenu gain de cause sur une partie de ses conclusions d'appel, puisqu'il a été constaté par le Tribunal fédéral que les réticences invoquées par l'assureur étaient infondées. Des dépens correspondant aux trois quarts des honoraires qu'il réclame pour les deux premières phases d'appel lui seront ainsi alloués, à savoir 4'013.50 francs pour l'activité du 30 mai 2011 au 3 mai 2012 et 960.70

francs pour l'activité du 6 mai 2012 au 23 septembre 2013 (art. 152 ch. 2 a CPCN).
S'agissant de l'activité déployée à compter du mois de mai 2015, les dépens des parties
seront compensés, aucune d'entre elles n'obtenant gain de cause sur ses dernières
conclusions (art. 152 ch. 2 a CPCN).

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