

# VD\_FINDINFO HC / 2016 / 349 vom 5. April 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-04-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_HC\\_\\_\\_2016\\_\\_\\_349](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2016___349)

FR: VD\_FINDINFO HC / 2016 / 349 du 5 avril 2016

IT: VD\_FINDINFO HC / 2016 / 349 del 5 aprile 2016

## Regeste

INTERPRÉTATION LITTÉRALE, INTERPRÉTATION SYSTÉMATIQUE, PRINCIPE DE LA CONFIANCE{INTERPRÉTATION DU CONTRAT}, FARDEAU DE LA PREUVE | 8 al. 1 CC, 33 LCA

## Erwägungen

### E. 1.1

Le jugement attaqué a été communiqué aux parties le 29 septembre 2015, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008; RS 272), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC ; ATF 137 III 130, JdT 2011 II 228 ; Tappy, in CPC commenté, Bâle 2011, nn. 5 ss ad art. 405 CPC). En revanche, dès lors que la demande a été déposée en décembre 2003, c'est l'ancien droit de procédure qui régit la procédure de première instance (art. 404 al. 1 CPC), notamment le CPC-VD (Code de procédure civile vaudoise du 14 décembre 1966, aujourd'hui abrogé).

### E. 1.2

L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales pour autant que la valeur litigieuse dépasse 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC). Ecrit et motivé, il doit être introduit dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC). En l'espèce, l'appel a été formé en temps utile (art. 311 al. 1 CPC), par une partie qui y a intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC), contre une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dans laquelle les conclusions portent sur un montant supérieur à 10'000 fr., de sorte qu'il est recevable.

### E. 2

L'appel peut être formé pour violation du droit (art. 310 let. a CPC) et pour constatation inexacte des faits (art. 310 let. b CPC). L'instance d'appel dispose ainsi d'un plein pouvoir d'examen de la cause en fait et en droit; en particulier, le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1). Il incombe toutefois à l'appelant de motiver son appel (art. 311 al. 1 CPC), c'est-à-dire de démontrer le caractère erroné de la motivation attaquée; pour satisfaire à cette exigence, il ne lui suffit cependant pas de renvoyer aux moyens soulevés en première instance, ni de se livrer à des critiques toutes générales de la décision attaquée; sa motivation doit être suffisamment explicite pour que l'instance d'appel puisse la comprendre aisément, ce qui suppose une désignation précise des passages de la décision que l'appelant attaque et des pièces du dossier sur lesquelles repose sa critique (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1). Partant, la cour de céans n'est pas tenue d'examiner, comme le ferait une autorité de première instance, toutes

les questions juridiques qui se posent si elles ne sont pas remises en cause devant elle.

### **E. 3**

L'appelant reproche aux premiers juges d'avoir mal apprécié les faits pour retenir que les parties seraient liées par un contrat d'assurance contre les dommages. Il soutient, quant à lui, être lié à l'intimée par un contrat d'assurance de sommes.

#### **E. 3.1.1**

D'après la jurisprudence, les dispositions d'un contrat d'assurance, de même que les conditions générales qui y ont été expressément incorporées, doivent être interprétées selon les principes qui gouvernent l'interprétation des contrats (ATF 135 III 410 consid. 3.2 et les réf. citées). Lorsque des conditions générales font partie intégrante du contrat d'assurance, l'assureur manifeste la volonté de s'engager selon la teneur de ces conditions. Si une volonté réelle et commune des parties contractantes n'a pas été constatée, il convient de vérifier comment les destinataires de ces déclarations de volonté pouvaient les comprendre de bonne foi, en recourant à l'interprétation objective des termes figurant dans les conditions générales. Le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi en lisant les conditions générales. Quand l'assureur entend apporter des restrictions ou des exceptions, il lui appartient de le dire clairement (ATF 133 III 675 consid. 3.3). Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que 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 ; il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il peut le comprendre de bonne foi à la lecture du contrat et des conditions générales incorporées à celui-ci. Si l'assureur entend apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombe de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il appartient de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement.

#### **E. 3.1.2**

La LCA établit une distinction bipartite de l'assurance, distinguant l'assurance contre les dommages (art. 48 à 72 LCA) d'une part, et l'assurance de personnes, dite aussi assurance de sommes (art. 73 à 96 LCA) d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions (TF 4A\_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3 ; TF 5C.19/2006 du 21 avril 2006 consid. 2.1 et réf. cit.). La seconde se distingue de la première par sa nature non indemnitaires : il s'agit d'une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. En bref, on est en présence d'une assurance de personnes lorsque les parties 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 ; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque la perte patrimoniale effective constitue une condition autonome du droit aux prestations. Lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, il s'agit d'une assurance de sommes ; lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (TF 4A\_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3 et les

arrêts cités; Bruhlart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n. 821, p. 366). Dans l'arrêt TF 4A\_332/2010 précité, le Tribunal fédéral a considéré qu'une police d'assurance couvrant "l'incapacité de gain", risque réalisé "lorsque l'assuré, par suite de maladie constatée par un médecin, ou d'un accident, est partiellement ou totalement hors d'état d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative correspondant à sa position ses connaissances ou ses aptitudes", sans référence aux conséquences pécuniaires qu'entraîne une telle impossibilité, était une assurance de sommes ou de personnes (consid. 5.2.3). Il a distingué ce cas de deux affaires précédentes, dans lesquelles il avait retenu une assurance contre les dommages (consid. 5.2.4). Dans l'arrêt TF 5C.103/1998 du 29 septembre 1998, l'"incapacité de gain" était ainsi définie comme le fait d'être empêché, par suite de maladie, accident, ou infirmité, d'exercer sa profession ou de déployer une autre activité rémunérée, les CGA précisant toutefois que l'assurance verserait la rente "lorsque l'assuré [ne serait] plus capable de gagner sa vie". L'arrêt TF 5C.21/2007 du 20 avril 2007 concernait pour sa part une affaire dans laquelle l'incapacité de gain, telle que définie dans les conditions générales, supposait non seulement que l'assuré soit hors d'état d'exercer son métier, mais aussi qu'il subisse de façon concomitante une perte de gain ou une perte d'argent équivalente. Dans cette dernière affaire, le Tribunal fédéral a considéré que cette définition du risque indiquait, sans doute possible, l'existence d'une assurance contre les dommages (TF 5C.21/2007 du 20 avril 2007 consid. 3.2).

### **E. 3.2**

Tout d'abord, l'appelant affirme que dans la mesure où le contrat litigieux a été conclu en même temps que l'assurance maladie collective auprès de L. \_\_\_\_\_ SA, soit auprès de la même agence générale de [...], il avait la volonté de conclure une assurance de sommes, ce que l'intimée savait. Par son argumentation, l'appelant perd de vue que L. \_\_\_\_\_ SA et M. \_\_\_\_\_ sont deux personnes juridiques différentes. La première n'est pas partie au contrat passé par la seconde. Ces deux contrats n'ont pas été conclus le même jour et ils n'entrent pas non plus en vigueur le même jour. Les personnes assurées ne sont pas non plus les mêmes. En outre, le risque assuré n'est pas identique, la police d'assurance conclue auprès de L. \_\_\_\_\_ SA constituant une assurance collective maladie couvrant également l'accident alors que celle conclue auprès de l'intimée couvre l'incapacité de gain de l'appelant à la suite d'une maladie ou d'un accident. Les prestations ne sont enfin pas non plus identiques, L. \_\_\_\_\_ SA s'engageant à verser 100 % du salaire convenu de W. \_\_\_\_\_ notamment de 90'000 fr. pendant 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs et M. \_\_\_\_\_ s'engageant à verser à l'appelant une rente annuelle de 75'000 fr., due après un délai d'attente de 24 mois et payée au maximum jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que le contrat conclu avec l'intimée doit être interprété au regard des termes du contrat passé quelque deux semaines plus tard avec une autre entité juridique. Il n'est au demeurant pas logique d'interpréter les termes d'un contrat au regard de ceux d'un autre contrat conclu par la suite. Ainsi, il n'y a pas lieu à comparaison entre ces deux contrats pour interpréter les termes du contrat litigieux en l'espèce et l'appelant ne peut rien déduire des termes utilisés dans le contrat passé entre B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ SA.

### **E. 3.3**

L'appelant soutient qu'il y aurait contradiction entre les termes de la police d'assurance n° [...] et les conditions générales. Il fait valoir que l'interprétation du contrat conclu avec l'intimée ne pouvait conduire qu'à retenir une assurance de sommes. En l'espèce, les

premiers juges ont relevé que la police d'assurance invalidité conclue le 30 novembre 1998 prévoyait une rente annuelle fixe de 75'000 fr. payable au trimestre échu en cas d'incapacité de gain de l'appelant et renvoyait aux conditions générales 1.85.255/Ed. 6.1983 (R.1991) ainsi qu'aux conditions complémentaires 4005/Ed. 6.1983, dont il n'est pas contesté qu'elles font parties intégrantes du contrat en question. À la lecture de ces clauses, les premiers juges ont conclu que le droit aux prestations était subordonné à la double condition que l'appelant subisse une incapacité de travail et une perte d'argent équivalente, de sorte que les parties étaient liées par une assurance contre les dommages. Cette interprétation était en outre corroborée par le comportement ultérieur des parties, l'intimée ayant réclamé à plusieurs reprises à l'appelant ou à son employeur la preuve de sa perte de gain. Cette analyse ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmée. En effet, les prestations assurées mentionnées par la police d'assurance invalidité liant les parties consistent en une rente annuelle de 75'000 fr. en cas d'incapacité. La rente peut être réduite en cas d'incapacité de gain partielle selon le chiffre 3.3 des conditions générales de l'assurance en cas d'incapacité de gain indépendante. En outre, les clauses 3.4 et 9 prévoient que les prestations sont ajustées dès modification du degré d'incapacité, que l'incapacité de gain doit être immédiatement annoncée, l'intimée se réservant le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de son choix, et enfin que toute modification du degré d'incapacité doit être annoncée. Ainsi, tant l'interprétation littérale des clauses 3.1 des conditions générales et 1 des conditions complémentaires que l'interprétation systématique de ces clauses au vu des clauses 3.4 et 9 confirment que le droit aux prestations est subordonné à la double condition que l'assuré subisse une incapacité de travail et une perte d'argent. Il y a par conséquent lieu de retenir que les prestations sont dues en proportion de l'incapacité de gain, selon les pourcentages définis par les conditions générales et complémentaires. C'est dès lors à juste titre que les premiers juges ont retenu que les parties étaient liées par une assurance contre les dommages. Le droit aux prestations dépend dès lors d'une perte de gain qui doit être chiffrée. En outre, contrairement à ce qu'affirme l'appelant, il n'y a pas de contradiction entre la police d'assurance et les conditions générales. La première n'indique en effet pas que les prestations assurées seraient fixes, mais uniquement que la rente annuelle en cas d'incapacité de gain est de 75'000 francs.

#### **E. 4.1**

L'appelant fait valoir que dans l'hypothèse où l'existence d'une assurance contre les dommages devrait être retenue, il faudrait tenir compte de sa perte de revenu subie auprès de toutes les sociétés pour lesquelles il travaillait, soutenant que la police ne limitait pas ses prestations à la perte qui pourrait être subie chez B. \_\_\_\_\_. Il conteste l'avoir admis en plaidoirie, comme l'ont retenu les premiers juges. Ce dernier point importe peu. Il y a en effet lieu de s'en tenir à la position procédurale constante de l'appelant. Conformément à l'art. 1 des conditions générales de l'assurance en cas d'incapacité de gain indépendante, le preneur d'assurance est la personne qui conclut l'assurance et qui s'engage à payer les primes, à savoir en l'espèce B. \_\_\_\_\_. La personne assurée peut être le preneur, un ou des tiers et, en cas de dissolution du preneur d'assurance, la personne assurée devient preneur d'assurance. En l'occurrence, l'appelant est le seul assuré mentionné dans la police d'assurance signée par B. \_\_\_\_\_ le 30 novembre 1998. On n'est dès lors pas dans le cas d'un indépendant qui conclut une assurance pour toute son activité mais bien dans la situation d'une société qui conclut un contrat pour son employé. Ce n'est que le 18 décembre 2003, soit plus de quatre ans après l'accident, que B. \_\_\_\_\_ a cédé ses droits à W. \_\_\_\_\_. L'événement qui donne lieu à indemnités est intervenu avant la cession, soit

lorsque le preneur était B.\_\_\_\_\_ et que l'appelant exerçait une activité professionnelle auprès de nombreux autres employeurs dont l'assureur n'avait aucune connaissance et ne pouvait avoir aucune connaissance, ni lors de la conclusion du contrat en novembre 1998, ni lors de l'accident en septembre 1999. L'appelant indique d'ailleurs lui-même que pour choisir la somme assurée, il s'était fondé sur les revenus qu'il avait perçus auprès de B.\_\_\_\_\_ (cf. appel, p. 13). La cession à l'appelant de la police et des droits en découlant, intervenue le 18 décembre 2003, ne peut dès lors conférer à l'appelant d'autres droits que ceux que détenait B.\_\_\_\_\_ lors de la conclusion du contrat d'assurance en novembre 1998. La police ou les conditions générales n'indiquant rien en ce sens, il n'y a pas lieu de prendre en considération une perte de gain liée à une autre activité professionnelle exercée au service d'un autre employeur. Seule est ainsi déterminante une éventuelle perte de gain liée à l'activité que l'appelant déployait pour le compte de B.\_\_\_\_\_.

#### **E. 4.2**

Il ressort de l'expertise comptable et de son complément que B.\_\_\_\_\_ a réalisé un chiffre d'affaires de 85'950 fr. en 1997 et de 76'000 fr. en 1998. L'expert a indiqué dans son rapport que « pour cette société, nous n'avons pas les chiffres comparatifs après la date de l'accident, cependant, par décision judiciaire du 08.09.2010 prononcée par le Tribunal de Martigny et Saint-Maurice, cette société a été dissoute en application de l'art. 731b al. 1 ch. 3 CO, sa liquidation étant ordonnée selon les dispositions applicables à la faillite ». Il a également mentionné que les données à disposition concernant B.\_\_\_\_\_ n'étaient pas suffisantes pour établir une comparaison des revenus d'honoraires perçus par W.\_\_\_\_\_ avant et après l'accident du mois de septembre 1999. Dans son rapport complémentaire du 16 juillet 2013, l'expert a notamment précisé que compte tenu de son activité, le gain de l'appelant était constitué des salaires qu'il percevait des sociétés pour lesquels il était employé, ces salaires étant reflétés dans ses déclarations d'impôts et ses déclarations AVS. S'agissant en particulier de B.\_\_\_\_\_, il a rappelé que les données pour les exercices 1999 et suivants n'avaient pas été fournies. Il a ajouté que dans la mesure où la société avait subi des pertes lors de l'exercice 1997/98 et avait été déclarée en faillite en septembre 2010, on pouvait admettre qu'elle n'était pas en mesure de capitaliser des profits, de sorte que les comptes de la société n'étaient pas pertinents pour déterminer la variation du revenu de l'appelant. Aucun élément du dossier ne permet de s'écarter de l'appréciation de l'expert et d'évaluer l'éventuelle perte de gain de l'appelant en lien avec son activité auprès de B.\_\_\_\_\_. L'appelant a certes été en incapacité de travail à des taux variant entre 75 et 100 % depuis l'accident, sa capacité de travail n'étant pas supérieure à 25% selon l'expertise médicale au dossier. L'expert judiciaire a également établi la perte de gain que l'appelant a subi durant les dix années suivant l'accident, au vu de la diminution globale des revenus qu'il a déclarés aux autorités fiscales et à l'AVS. Il n'en demeure pas moins que seule la baisse de revenu liée à l'activité que l'appelant a déployée pour le compte de B.\_\_\_\_\_ est déterminante. Or, force est de constater que la preuve de l'étendue de la perte de gain au sein de cette entreprise n'a pas été rapportée.

#### **E. 5.1**

L'appelant requiert une application analogique de l'arrêt du Tribunal fédéral TF 4A\_25/2015 du 29 mai 2015, publié à l'ATF 141 III 24. Selon cette jurisprudence (consid. 3), une personne sans emploi, qui réclame des indemnités journalières pour cause de maladie sans avoir droit à des indemnités journalières de l'assurance-chômage, doit établir avec une vraisemblance prépondérante, pour prouver une perte de gain, qu'elle exercerait

une activité lucrative si elle n'était pas malade. Si la personne assurée n'était pas déjà sans emploi lorsqu'elle est tombée malade, elle profite de la présomption de fait selon laquelle elle exercerait une activité lucrative sans sa maladie. Cette jurisprudence n'est cependant d'aucun secours à l'appelant. Il n'est en effet pas contesté en l'espèce que l'accident a provoqué une incapacité de travail et une incapacité de gain. Toutefois, et pour les raisons déjà exposées ci-dessus (cf. consid. 4), on ne saurait considérer qu'un forfait de 75'000 fr. serait dû par l'assureur sans que soit établie la perte de gain effectivement subie par l'appelant en lien avec les revenus perçus de son activité au service de B.\_\_\_\_\_.

#### **E. 6.1**

L'appelant fait enfin valoir que les conclusions qu'il a prises dans son mémoire de droit sont recevables dès lors qu'il ne s'agit pas de conclusions nouvelles comme l'ont retenu les premiers juges, mais de conclusions « actualisées ».

#### **E. 6.2**

La jurisprudence relative au CPC-VD distingue en effet entre conclusions nouvelles et conclusions modifiées, dont l'introduction au stade du mémoire de droit ne peut se faire que par le biais de la réforme pour les premières, contrairement aux secondes (CREC 1998/577 du 25 novembre 1998). Toutefois, point n'est besoin en l'espèce de déterminer si la conclusion subsidiaire prise dans le mémoire de droit déposé par l'appelant le 18 septembre 2014 constitue une conclusion nouvelle irrecevable ou une conclusion précisant le montant des prestations dues au jour de l'audience, dès lors qu'il y a, quoi qu'il en soit, lieu de nier le droit aux prestations de l'appelant.

#### **E. 7**

En définitive, l'appel doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement entrepris confirmé. Au vu de l'issue du litige, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 2'680 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'appelant, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). L'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens.

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