

VD_FINDINFO Jug / 2009 / 37 vom 24. September 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2009___37

FR: VD_FINDINFO Jug / 2009 / 37 du 24 septembre 2009

IT: VD_FINDINFO Jug / 2009 / 37 del 24 settembre 2009

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, PRESCRIPTION | 1 DTAs-AM, 33 LCA, 40 LCA, 46 LCA, 106 LPA-VD

Erwägungen

E. 10

décembre 1907, RS 210), et si la loi ne prévoit pas le contraire, il appartient à celui qui fait valoir une prétention de prouver les faits qu'il allègue pour en déduire son droit. Ainsi, la partie qui émet une réclamation doit apporter la preuve des faits pertinents, alors que la preuve des faits de nature à empêcher, respectivement dénier ou restreindre le droit invoqué incombe à la partie qui prétend dénier le droit invoqué ou qui en conteste la naissance ou la pertinence. Cette règle générale peut être restreinte par des prescriptions légales en matière de fardeau de la preuve et elle doit être concrétisée dans chaque cas d'espèce. Elle vaut aussi dans le domaine du contrat d'assurance (cons. 3.1). En vertu de la règle générale précitée, la personne titulaire de la prétention - généralement le preneur d'assurance, le tiers assuré ou le bénéficiaire - doit prouver les faits propres à la "justification des prétentions" (selon la terminologie du titre marginal de l'article 39 LCA), soit notamment l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du cas assuré, ainsi que l'étendue du dommage. L'assureur supporte la charge d'établir les faits de nature à justifier une diminution ou une suppression de l'obligation contractuelle (par exemple du fait d'un sinistre fautif : art. 14 LCA), ou à le libérer du contrat à l'égard du demandeur (par exemple du fait d'une prétention frauduleuse: art. 40 LCA) (cons. 3.1). Dans le litige relatif aux prétentions contractuelles, l'ayant droit aussi bien que l'assureur ont, chacun, leur propres faits à prouver, et, dans ce cadre, chacun d'eux a la charge de la preuve principale. Cela vaut également lorsque les faits à prouver de part et d'autre sont allégués contradictoirement dans une même procédure, comme c'est souvent le cas en matière d'assurance contre le vol. Certes, le tribunal appréciera aussi les indices invoqués par une partie à la lumière des preuves à la charge de l'autre partie. De l'échec de la preuve à la charge de l'une (par exemple celle d'un sinistre intentionnel), on ne peut cependant pas tirer de conclusion relative à la preuve à la charge de l'autre (par exemple celle de la réalisation du cas d'assurance). Cela équivaldrait à renverser le fardeau de la preuve et constituerait une violation de l'article 8 CC (cons. 3.1). S'agissant de la survenance du cas d'assurance, la jurisprudence précitée considère que l'on se trouve en règle générale dans une situation d'état de nécessité justifiant une réduction des exigences en matière de preuve. Le degré de preuve requis, s'agissant de la survenance du sinistre, se limite à la vraisemblance prépondérante (cons. 3.2). La preuve par vraisemblance prépondérante doit être distinguée de la simple vraisemblance. En effet, celle-ci correspond en général au degré de preuve requis en matière de décisions à caractère provisoire,

généralement associées à des limitations des moyens de preuve, comme c'est notamment le cas pour les mesures provisionnelles. En outre, le degré de vraisemblance exigé n'est pas le même. Un fait est déjà tenu pour vraisemblable lorsque certains éléments parlent en faveur de son existence, même si le tribunal tient encore pour possible qu'il ne se soit pas produit. En revanche, les exigences requises pour que l'on retienne un cas de vraisemblance prépondérante sont plus élevées: la possibilité que les choses se soient déroulées différemment n'exclut certes pas la vraisemblance prépondérante, mais elle ne doit pas revêtir une importance significative en l'espèce, ni entrer raisonnablement en considération (cons. 3.3). L'assureur a un droit - découlant de l'article 8 CC - d'apporter une contre-preuve. Il peut s'efforcer de démontrer des circonstances de nature à faire naître des doutes sérieux dans l'esprit du tribunal au sujet de la réalité des faits objets de la preuve principale, et qui soient ainsi aptes à faire échouer cette preuve. Pour que cette contre-preuve aboutisse, il suffit par conséquent que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme étant d'une vraisemblance prépondérante. L'objet de la contre-preuve réside dans les faits présentés par l'ayant droit chargé de la preuve principale. Elle s'étend également à la crédibilité de ceux-ci: dès lors que la survenance du sinistre ne peut, en général, pas être prouvée de façon directe, mais seulement par des indices plus ou moins concluants, il est parfois possible de diminuer le caractère convaincant de ces derniers. Il est ainsi loisible à l'assureur de présenter une version des faits divergente de celle développée par l'ayant droit et qui, en face de la version alléguée, apparaisse tout autant plausible, voire même plus correcte. Cela ne constitue cependant pas une obligation, et il n'est nullement question ici d'un renversement du fardeau de la preuve (cons. 3.4). Si la contre-preuve est rapportée, les faits allégués par l'ayant droit ne doivent plus être tenus pour établis, soit comme présentant une vraisemblance prépondérante. La preuve principale a même au contraire échoué. Mais il faut s'en tenir là, sans en déduire que l'ayant droit serait tenu d'administrer une preuve stricte de la réalisation du cas d'assurance, du seul fait que l'assureur est parvenu à faire sa contre-preuve. En effet, au moment de rendre son jugement, le tribunal procède à une appréciation globale de tous les résultats de la procédure probatoire. Il n'y a aucun sens à charger l'ayant droit d'une preuve stricte, qu'il pourrait d'autant moins rapporter qu'il a déjà échoué à franchir l'obstacle d'une preuve alléguée (cons. 3.4). En résumé, celui qui fait valoir une prétention contre l'assureur a la charge d'alléguer et de prouver la survenance du cas d'assurance. Dans la mesure où cette preuve se heurte en règle générale à des difficultés, l'ayant droit bénéficie d'un allègement de la preuve et il satisfait à cette preuve lorsqu'il parvient à démontrer la vraisemblance prépondérante du cas d'assurance. Si l'assureur parvient, dans le cadre de la contre-preuve à sa disposition, à éveiller des soupçons importants au sujet des faits allégués par l'ayant droit, la preuve principale à la charge de ce dernier est mise en échec (cons. 3.5). c) En l'occurrence, les différents rapports d'expertise et avis médicaux produits au dossier aboutissent tous à la conclusion que le demandeur s'est trouvé, depuis son accident, incapable de travailler à un taux de plus de 25 % dans le meilleur des cas. Ces rapports et avis sont, pour la majeure partie d'entre eux, circonstanciés, dûment motivés, et tiennent compte de l'ensemble des plaintes et éléments anamnestiques concernant le demandeur, si bien qu'on peut leur accorder une pleine valeur probante. L'on peut s'y fier à plus forte raison qu'ils rejoignent, dans leurs conclusions, l'appréciation faite tant par les autorités de l'assurance-invalidité en Suisse et au Liechtenstein (qui ont reconnu un invalidité quasi-totale), que par la compagnie d'assurances W. _____ (qui a également reconnu une incapacité de 100 %), ou encore par les autorités judiciaires pénales (en Suisse) et civiles

(au Liechtenstein, dans le cadre de la procédure contre la compagnie d'assurances N._____). Enfin, plusieurs des témoins entendus dans le cadre de l'enquête pénale ont également confirmé la réalité de l'accident en cause de même que le mauvais état de santé du demandeur. Ces différents éléments concordants suffisent amplement à établir, au degré de preuve de la vraisemblance tel qu'exigé par la jurisprudence, que le demandeur a bel et bien été victime d'un accident en date du 17 septembre 1999, lequel a entraîné une incapacité de travail d'au moins 75 %. Quant à la question, examinée notamment par le Dr H._____, de savoir si la cause de cette incapacité de travail doit, après un laps de temps déterminé, être qualifiée de maladie, elle importe peu dans la mesure où la couverture d'assurance litigieuse s'étend aussi bien au risque d'accident qu'à celui de maladie. Cela dit, la défenderesse invoque, au titre de la contre-preuve, en premier lieu le rapport de l'agence de détectives. Elle entend en déduire le fait que le demandeur aurait eu un emploi du temps incompatible avec l'incapacité de travail alléguée. On ne saurait la suivre dans ce raisonnement. Si le rapport en question démontre certes que l'intéressé parcourait régulièrement son véhicule dans le parking du Panorama à Vevey et qu'il se rendait dans les locaux de sa société S._____ Sàrl, il ne prouve pas encore que ce dernier travaillait effectivement. Ce seul rapport ne saurait en soi suffire à éveiller des soupçons importants, propres à faire échec à la vraisemblance induite par le demandeur. Cette conclusion s'impose d'autant plus que les médecins traitants de ce dernier ont clairement expliqué avoir, au titre de méthode thérapeutique, encouragé leur patient à se rendre sur son lieu de travail sans pour autant y travailler. Certains témoins ont également confirmé que le demandeur venait à son bureau sans pour autant y exercer son activité professionnelle. De même, les comptes des sociétés gérées par le demandeur ne sont également d'aucun secours à la défenderesse dans la mesure où le demandeur employait plusieurs personnes (qui ont poursuivi leurs activités en l'absence du demandeur), dont l'une a au demeurant confirmé qu'elle avait repris petit à petit ses activités. S'agissant du témoignage de l'ex-amie du demandeur, selon laquelle ce dernier aurait, à sa connaissance, travaillé normalement en 2000, il ne revêt en soi aucune force probante, faute d'éléments plus concrets et au vu du contexte conflictuel semblant exister entre ces deux personnes. Enfin, la cassette vidéo produite par la défenderesse ne prouve pas non plus que le demandeur aurait travaillé à un taux supérieur à 25 %. Au vu des éléments qui précèdent, on ne saurait considérer que la défenderesse a rendu vraisemblable la « fraude » du demandeur. Cela étant, elle n'était pas fondée à se départir du contrat d'assurance litigieux. 4. La défenderesse invoque la prescription selon l'art. 46 LCA. Selon cette disposition, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. La défenderesse explique que la résiliation du contrat selon l'art. 40 LCA ayant un effet ex tunc, la prescription a été acquise le 3 octobre 2001, soit deux ans après le début du droit au paiement des indemnités. Ce raisonnement ne peut être suivi. Il est en effet constant que si l'ayant droit peut prouver avoir été maintenu dans une situation de règlement du sinistre par l'assureur, celui-ci ne peut de bonne foi soulever l'exception de prescription (Kuhn/Montavon, op. cit., p. 183). En l'occurrence, la défenderesse a servi des indemnités journalières au demandeur jusqu'à fin 2000. Ce faisant, force est de considérer qu'elle a jusqu'alors maintenu le demandeur dans une situation de sinistre. Le demandeur a ensuite fait notifier, le 23 octobre 2002, un commandement de payer à la défenderesse. S'il est vrai que la cause de l'obligation mentionnée dans celui-ci est vague, il n'en demeure pas moins que dans sa lettre du 7 octobre 2003, la défenderesse n'a pas contesté le fait que ce commandement de payer fût interruptif de prescription, évoquant uniquement sa tardiveté,

la prescription étant selon elle déjà acquise. Il convient dès lors de considérer que la prescription a été valablement interrompue par la notification de cet acte de poursuite, et qu'un nouveau délai de prescription a couru dès ce moment. La demande ayant été déposée le 23 décembre 2003, soit avant l'échéance de ce nouveau délai, il y a lieu d'admettre que les prétentions du demandeur à l'égard de la défenderesse ne sont pas prescrites. 5. a) Il reste à déterminer le montant auquel le demandeur a droit en exécution du contrat d'assurance litigieux. L'art. 9 CGA prévoit que l'allocation journalière assurée est versée tant que dure l'incapacité de travail mais au maximum 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Il stipule en outre que le délai d'attente éventuellement convenu est imputé sur la durée de versement des prestations. Selon l'art. 8 al. 2 CGA, en cas d'incapacité partielle de travail, l'allocation journalière assurée est versée proportionnellement. L'allocation journalière est fondée sur le salaire annuel divisé par 365 (art. 14 al. 1 CGA). b) Le demandeur a touché des indemnités journalières dès le 2 octobre 1999 (soit après le délai d'attente de 14 jours) et jusqu'au 31 décembre 2000, ce qui représente 457 indemnités. En vertu du contrat d'assurance, il a droit à des indemnités durant au total 716 jours (730 jours moins les 14 jours du délai d'attente selon l'art. 9 CGA). Il doit ainsi encore percevoir 259 indemnités (soit jusqu'au 16 septembre 2001). c) Cela étant posé, il convient encore de déterminer le taux à appliquer au salaire convenu. L'art. 8 al. 2 CGA, selon lequel l'allocation journalière assurée est versée entièrement si l'incapacité de travail atteint ou dépasse $66 \frac{2}{3} \%$ et que l'assuré est au bénéfice de prestations de prévoyance professionnelle, ne peut trouver application en l'espèce, le demandeur n'ayant perçu des prestations LPP qu'à partir du 18 septembre 2001. Ce dernier doit ainsi se voir allouer les indemnités journalières proportionnellement à son incapacité de travail. A cet égard, le demandeur allègue que son incapacité de travail est de 75 % depuis le 1^{er} janvier 2001. Lors de son audition du 17 octobre 2001, il a également déclaré que son incapacité de travail était de 75 %. Quant aux rapports d'expertises et avis médicaux produits au dossier, ils font état, de manière divergente, d'une incapacité oscillant généralement entre 80 % et 90 %. Dans ces conditions, l'on s'en tiendra à la carte de contrôle régulièrement remplie par le Dr S. _____, médecin traitant du demandeur, qui a suivi ce dernier sur une période de temps plus conséquente que les autres praticiens consultés. Selon cette carte, le demandeur s'est trouvé en incapacité de travail à 75 % du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2001 (91 jours), à 100 % du 2nd avril au 1^{er} juillet 2001 (91 jours) et à 80 % à compter du 2nd juillet 2001 en tout cas jusqu'au 16 septembre 2001 (77 jours). L'indemnité journalière à 75 %, 100 % et 80 % s'élève respectivement à 185 fr. 30, 247 fr. et 197 fr. 60. Compte tenu des taux qui précèdent, le demandeur doit se voir allouer la somme de 54'554 fr. 50 ($91 \times 185 \text{ fr. } 30 = 16'862 \text{ fr. } 30$; $91 \times 247 \text{ fr. } = 22'477 \text{ fr. }$; $77 \times 197 \text{ fr. } 60 = 15'215 \text{ fr. } 20$). d) La défenderesse doit également l'intérêt moratoire. Celui-ci court à compter du jour suivant celui de l'interpellation (art. 104 al. 1 et 102 al. 1 CO [code des obligations du 30 mars 1977, RS 220] ; Thevenoz, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO ; TF, 25 février 2006, 5C.177/2005), ce qui correspond en l'espèce au 24 octobre 2002, soit le lendemain de la notification du commandement de payer à la défenderesse. 6. Le présent jugement est rendu sans frais, conformément à l'art. 85 al. 3 LSA. Le demandeur, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie selon l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Ceux-ci sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (application analogique de l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008,

RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu d'en fixer le montant à 1'500 francs.

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