

A1 2004-62

**I<sup>e</sup> COUR D'APPEL**

**13 avril 2005**

---

La Cour, vu le recours interjeté le 7 septembre 2004 par

**X**, représenté par Me\_\_\_\_,

contre le jugement rendu le 6 novembre 2003 par le Tribunal civil\_\_\_\_ dans la cause qui l'oppose à la

**Y ASSURANCES**, représentée par Me\_\_\_\_;

[dénonciation du contrat; art. 31 CO]

---

vu les pièces du dossier d'où ressortent les faits suivants :

A. Le 1<sup>er</sup> septembre 1987, X a conclu un contrat d'assurance individuelle contre les accidents avec Y Assurances.

Le 30 septembre 1987, alors qu'il était à la chasse, X qui portait un chevreuil sur ses épaules glissa en traversant un ruisseau. Lors de sa chute, il ressentit de fortes douleurs dans la région lombaire. Dans le certificat délivré le 30 octobre 1987, le Dr G. constata une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> au 18 octobre 1987 et une incapacité partielle (50%) du 19 octobre au 7 décembre 1987. Il diagnostiquait une lombo-sciatique bilatérale aiguë.

Les douleurs persistant, X consulta le Dr R., neurochirurgien, qui s'adressa le 22 janvier 1988 en ces termes à Y Assurances :

*" A mon avis, il y a deux lésions au niveau de la colonne vertébrale lombaire qui jouent un rôle. D'un côté, il y a eu un syndrome lombo-vertébral avec début de sciatalgie bilatérale aiguë suite à une chute. A mon avis, l'influence du traumatisme a pris fin à la fin 1987. D'un autre côté, il y a une hernie discale L4/5 gauche foraminale qui n'est, à mon avis, pas traumatique. Un traumatisme doit être considérable s'il peut déclencher une hernie discale lombaire. Dans ce cas, il y a également, dans la plupart des cas, un syndrome radiculaire objectivable. Ceci n'est pas le cas chez X. Pour cette raison, je me permets de conseiller à l'assurance de prendre en charge le traitement ambulatoire jusqu'à fin 1987. Tous traitements de la hernie discale (à partir de 1988) doivent être pris en charge par la caisse-maladie."*

Le 11 février 1988, Y Assurances adressa à X une convention d'indemnisation, que X signa, de 3'850 francs à titre d'indemnité journalière définitive pour l'accident du 30 septembre 1987, relevant d'une part que l'influence du traumatisme accidentel avait pris fin le 31 décembre 1987 et d'autre part que toute incapacité de travail à partir du début de l'année 1988 relèverait du traitement de son hernie discale, résultant d'un processus de dégénérescence, évolution lente d'origine malade, non couverte par l'assurance accident.

B. Le Dr R. opéra X au début février 1988. A la fin du mois d'août 1988, celui-ci consulta le Dr H., spécialiste FMH en neurochirurgie, qui pratiqua une nouvelle intervention en novembre 1988, laquelle dut toutefois être interrompue. Une troisième intervention chirurgicale, par le Dr H., eut lieu en avril 1991. X fut à nouveau opéré le 11 décembre 1991 par le Dr M. qui procéda à une spondylodèse L3-S1 avec plaques et greffes spongieuses.

C. Depuis 1992, X est invalide à 100%. De 1992 à 2001, il consulta différents praticiens. Le Dr H. pratiqua une nouvelle intervention de microchirurgie le 30 août 1999.

D. Le 22 septembre 1992, X demanda à Y Assurances de reconsidérer sa position exposée par courrier du 11 février 1988. Le 21 juin 1993, se fondant sur une expertise médicale, il demanda à cette assurance de lui verser les prestations prévues par le contrat et l'invita à annuler la convention d'indemnisation de février 1988, invoquant une erreur essentielle. L'assurance refusa d'annuler la convention.

E. Le 14 août 2002, X introduisit action contre Y Assurances devant le Tribunal civil \_\_\_\_\_ en paiement de 614'000 francs avec intérêt à 5% dès le 26 octobre 1994 et de

33'868,50 francs avec intérêt à 5% dès le dépôt de la demande. Le tribunal entendit les parties le 15 mai 2003. Après que le président eut limité les débats à la question de la tardiveté de la dénonciation du 21 juin 2003 de la convention d'indemnisation, le tribunal entendit les mandataires des parties dans l'exposé oral de leurs moyens le 11 septembre 2003. Le 6 novembre 2003, le tribunal, admettant la tardiveté de la dénonciation du 21 juin 2003, rejeta la demande.

F. Par mémoire du 7 septembre 2004, le demandeur recourt en appel. Il conclut principalement au renvoi de la cause au tribunal pour qu'il se prononce sur ses conclusions en paiement, subsidiairement à la modification du jugement dans le sens de celles-ci. Dans sa réponse du 10 novembre 2004, la défenderesse conclut au rejet du recours.

### **c o n s i d é r a n t**

1. a) Le jugement attaqué ayant été notifié au demandeur le 7 juillet 2004, le recours interjeté le 7 septembre 2004 l'a été dans le délai légal de trente jours (art. 294 al. 1 CPC), compte tenu de la suspension intervenue entre le 15 juillet et le 15 août (art. 40a al. 1 let. b CPC).

b) La valeur litigieuse en appel est de 648'778 francs (art. 51 al. 1 let. a OJ).

2. Le tribunal a écarté du dossier les pièces 20 à 24 du bordereau du demandeur, produites par celui-ci à la séance du 11 septembre 2003. Il a retenu que l'administration des preuves avait débuté à la séance du 15 mai 2003, que le délai de trente jours dès la notification du procès-verbal, imparti au demandeur à ladite séance pour compléter ses moyens de preuve, était arrivé à échéance le 18 juin 2003, le procès-verbal ayant été notifié le 19 mai 2003, et que le demandeur n'avait pas démontré que la production de ces pièces n'avait pas été possible auparavant (jugement, consid. 1 p. 5 s.).

Le demandeur conteste la thèse du tribunal. Selon lui, dès lors que le délai imparti aux parties à l'issue de la séance du 15 mai 2003 pour se prononcer sur la question de la nécessité d'une expertise médicale tombait à la suite de la restriction des débats à la question de la tardiveté de la dénonciation de la convention d'indemnisation, le délai qui lui avait été imparti pour compléter ses moyens de preuve tombait aussi (recours, p. 5 ss ch. I).

Selon l'art. 130 CPC, les parties articulent en une fois, sous peine de déchéance, tous leurs moyens d'attaque ou de défense; sont réservées les dispositions des articles 162, 166, 173, 301 al. 4 (al. 1). Les allégations de fait et les moyens de preuve peuvent encore être complétés jusqu'au début de l'administration des preuves. Ils ne peuvent l'être subséquentement que si la production n'en était pas possible auparavant, si le retard est excusable ou si des faits nouveaux ressortent des preuves administrées d'office par le juge (al. 2). A la demande de la défenderesse, le président du tribunal a confirmé le 11 juin 2003 que le délai imparti pour se prononcer sur la nécessité de l'expertise médicale tombait (doss/92). Comme le relève la défenderesse (réponse à l'appel, p. 6 ad I), il était justifié que ce délai tombât dès lors que cette question était sans rapport avec la question à traiter dans le cadre de la restriction des débats. Par contre, le président n'a pas révoqué le délai imparti au

demandeur pour compléter ses moyens de preuve. Il n'avait d'ailleurs pas à le faire, en tout cas pour les moyens de preuve relatifs à la question discutée dans le cadre de la restriction des débats. Et les pièces litigieuses semblent s'inscrire dans ce cadre. Le recours doit être rejeté sur ce point.

3. Le tribunal retient que le demandeur savait, à la suite de la consultation des Dr H. et M., soit dès la fin août 1988 au plus tôt mais au plus tard à la fin décembre 1991, que le diagnostic posé par le Dr R. était remis en question et que ses problèmes d'hernie pouvaient résulter de son accident du 30 septembre 1987. Le demandeur possédait ainsi suffisamment d'éléments lui permettant de mettre sérieusement en doute le bien-fondé des conclusions du Dr R., cela dès la fin 1991 au plus tard. La déclaration d'invalidation, du 21 juin 1993, de la convention ne respecte dès lors pas le délai d'une année prévu à l'art. 31 CO. Au demeurant, si on admettait que le demandeur n'avait pas eu une connaissance claire de son erreur avant 1993, il faudrait constater la péremption de l'action. En effet, dès après la signature de la convention du 11 février 1988, les maux du demandeur n'ont pas cessé, bien au contraire, et ce dernier a multiplié les visites médicales et autres interventions chirurgicales, déposant également une demande AI, qui a été admise. Ces problèmes de santé ont dû faire naître des doutes chez le demandeur; ils auraient dû l'inciter à entreprendre immédiatement les expertises nécessaires pour éclaircir la question et émettre des réserves quant à la validité de la convention (jugement, p. 9 consid. 2c).

a) Se fondant sur le rapport du Dr H. du 15 juillet 1994 (bordereau demandeur, pce 12), le demandeur soutient que ce n'est qu'à cette date que ce médecin a émis, et encore sans aucune certitude, une opinion attribuant à l'accident une partie des douleurs du demandeur. Le tribunal ne pouvait dès lors admettre, selon lui, qu'un diagnostic précis, qui aurait dû inciter le demandeur à agir, a pu être posé dès le 26 août 1988, date de la première consultation de ce médecin (recours, p. 8 s. ch. 1). Ses propres déclarations à la séance du 15 mai 2003 ne seraient pas, d'après le demandeur, de nature à confirmer l'opinion du tribunal. Il résulterait de celles-ci uniquement que, occupé à trouver une solution médicale aux douleurs persistantes et intolérables qu'il était amené à endurer chaque jour, le demandeur n'avait eu que des discussions occasionnelles avec son médecin-traitant à propos de l'origine exacte de son état physique (recours, p. 10 s. ch. 2).

aa) Selon l'art. 31 CO, le contrat entaché d'erreur ou de dol, ou conclu sous l'empire d'une crainte fondée, est tenu pour ratifié lorsque la partie qu'il n'oblige point a laissé s'écouler une année sans déclarer à l'autre sa résolution de ne pas le maintenir, ou sans répéter ce qu'elle a payé (al. 1). Le délai court dès que l'erreur ou le dol a été découvert, ou dès que la crainte s'est dissipée (al. 2). La connaissance de l'erreur ou du dol doit être claire et certaine (B. SCHMIDLIN *in* CR CO I 2003, n. 41 ad art. 31 CO).

bb) Le tribunal a déterminé les dates de consultation et d'intervention chirurgicales par les Dr H. et M., entre août 1988 et décembre 1991. Le demandeur a dit clairement en séance quelles informations lui avaient donné le Dr H. en consultation, la première fois en août 1988. Le tribunal a retenu ces déclarations, à juste titre (jugement p. 8). La date du rapport de ce médecin (15 juillet 1994) n'est pas déterminante quant à la date de la connaissance de son erreur par le demandeur. Le recours est mal fondé sur ce point.

b) Le demandeur reproche au tribunal de retenir qu'il a confirmé dans son courrier du 22 septembre 1992 à Y Assurances (bordereau défenderesse, pce 16), en se référant aux consultations du Dr H., que c'est à leur suite qu'il s'est rendu compte que le diagnostic posé par le Dr R. était inexact et que les problèmes de santé étaient en fait des conséquences de l'accident. Selon le demandeur, dite lettre n'émanait pas de lui, mais de son mandataire de l'époque, et les déclarations qu'elle contient démontrent que seuls des doutes avaient surgi, lors des consultations des Dr H. et M., quant à la possibilité d'une corrélation entre les douleurs et l'accident et qu'une certitude lui permettant d'invalider la convention d'indemnisation ne pouvait être acquise que sur la base d'une expertise médicale à venir (recours, p. 11 ch. 3). Cette expertise date du 22 février 1993 (bordereau demandeur, pce 6j) et son complément du 14 mai 1993 (bordereau demandeur, pce 7; recours, p. 12 ch. 4).

Le demandeur allègue pour la première fois en appel qu'il était en proie à des doutes le 22 septembre 1992, lorsqu'il a écrit à son assurance. Le recours est dès lors irrecevable sur ce point, pour cause de tardiveté (art. 130 al. 2 par renvoi de l'art. 299a al. 3 CPC). Cet allégué va d'ailleurs à l'encontre des déclarations écrites du mandataire dans ladite lettre, qui sont claires et ne laissent place à aucun doute (p. 2 : "Par la suite, X s'est rendu compte, en consultant le Dr H. et le Prof. M. que le diagnostic du Dr R. était inexact et que les problèmes de santé dont il souffrait étaient en fait des conséquences de l'accident"). L'expertise devait simplement confirmer l'exactitude de ces déclarations, ce qui a été le cas (lettre du \_\_\_\_ du 14 mai 1993 précitée, précisant son rapport du 22 février 1993).

c) Se référant aux rapports du \_\_\_\_ des 30 décembre 1994 (bordereau demandeur, pce 8) et 4 décembre 1995 (même bordereau, pce 10), établis à la suite de questions de l'assurance, le demandeur fait valoir que ce n'est que deux et trois ans (recte : une année et demie et deux ans et demi) après la déclaration de dénonciation de la convention que l'origine pour partie accidentelle de ses douleurs a été médicalement établie (recours, p. 13 ch. 5). Les rapports médicaux en question, postérieurs à la déclaration d'invalidation de la convention, ne sont indéniablement pas déterminants quant à la date de la connaissance de son erreur par le demandeur. Le recours est mal fondé sur ce point.

d) Le demandeur relève que le Dr M., dans le questionnaire AI qu'il a rempli le 3 août 1992 (cf. expertise du 4 septembre 1995 du Centre médical \_\_\_\_\_, bordereau demandeur, pce 5, p. 3 s. et jugement p. 9), n'a fait que déterminer son degré d'invalidité, sans se prononcer sur la cause de ses problèmes de santé. Il en conclut que c'est uniquement à partir du moment où elles ont eu connaissance des rapports susmentionnés du \_\_\_\_ des 30 décembre 1994 et 4 décembre 1995 que les parties ont pu être définitivement fixées sur les causes de l'invalidité du demandeur (recours, p. 14 s. ch. 6).

L'allégué relatif aux déclarations nuancées du Dr M., présenté pour la première fois en appel, est irrecevable (art. 130 al. 2 CPC, par renvoi de l'art. 299a al. 3 CPC). Pour ce qui est de l'argumentation ayant trait aux rapports du \_\_\_\_ des 30 décembre 1994 et 4 décembre 1995, renvoi soit au considérant 3c ci-devant.

e) Le demandeur récapitule les différentes déclarations des médecins consultés entre 1987 et 1993 pour en conclure que ce n'est que sur la base du rapport médical du 14 mai 1993 que s'est dégagée une thèse en faveur de séquelles provenant de l'accident, de sorte que la

déclaration d'invalidation de la convention du 21 juin 1993 respecte le délai d'une année de l'art. 31 CO (recours, p. 15 ss ch. 7). Le recours est mal fondé sur ce point; selon les propres déclarations du demandeur, la prétendue erreur sur les causes des séquelles était connue après les interventions des Dr H. et M., soit dès la fin décembre 1991 au plus tard (consid. 3a/bb et 3b ci-devant).

f) Le demandeur fait valoir que les interventions qu'il a subies durant des années avaient plus pour but de pallier à ses souffrances insupportables que d'établir la cause exacte de ces dernières; que si des doutes ont pu apparaître quant à l'origine de ces douleurs, leur cause en partie accidentelle n'a pu être établie qu'à l'issue des traitements subis et sur la base d'expertises longues et compliquées; que, compte tenu de ces circonstances, on ne saurait, comme l'a fait le tribunal, lui reprocher de n'avoir pas entrepris immédiatement les démarches pour mettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr R. (recours, p. 17 s. ch. 8).

L'argumentation du tribunal fondée sur ce reproche n'est que subsidiaire. Supposée fausse, elle laisserait subsister la motivation principale, ayant trait au non-respect du délai d'une année de l'art. 31 CO.

g) Le demandeur allègue pour la première fois en appel que l'assurance a admis, après la dénonciation de la convention, le principe d'une responsabilité due à l'accident. Selon lui, l'assurance aurait formulé des propositions transactionnelles de règlement qu'il n'a pas acceptées; ces faits ressortiraient tant d'une proposition de convention d'indemnisation (bordereau demandeur, pce 24) que des déclarations du représentant de la défenderesse en séance. Dans ces circonstances, la défenderesse ne pourrait pas, de bonne foi, arguer de la tardiveté de la dénonciation de la convention (recours, p. 18 s. ch. 9).

Le demandeur ne tente pas de démontrer que ces faits ne pouvaient pas être allégués auparavant. En outre, la pièce 24 sur laquelle il fonde cet allégué a été écartée à juste titre par le tribunal (consid. 2 ci-devant). Le recours doit être déclaré irrecevable sur ce point.

4. Le recours étant manifestement mal fondé dans la mesure où il est recevable, la Cour statue sans débats (art. 300 al. 3 let. a et b CPC).

5. Les dépens d'appel seront mis à la charge du demandeur qui succombe (art. 111 al. 1 CPC).

#### **a r r ê t e :**

I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable. Partant, le jugement attaqué est confirmé. Il a la teneur suivante :

"1. L'exception soulevée par Y Assurances quant à la tardiveté de la dénonciation de la convention d'indemnisation du 21 juin 1993 par X est admise.

Partant, la demande du 14 août 2002 déposée par X contre Y Assurances est rejetée.

2. Les dépens sont mis à la charge de X.
  3. Les frais de justice s'élèvent à 4'000 francs (émolument : 3'700 francs; débours : 300 francs). Indépendamment de l'attribution des dépens, ils seront acquittés par moitié par chaque partie et prélevés sur leur avance."
- II. Les dépens d'appel sont mis à la charge de X.
  - III. Les frais judiciaires s'élèvent à 5'110 francs (émolument : 5'000 francs; débours : 110 francs). Indépendamment de l'attribution des dépens, ils seront acquittés par moitié par chaque partie.
  - IV. Les dépens de Y Assurances sont fixés, sur la base de la liste de frais de son mandataire, Me\_\_\_\_\_, au montant de 37'160,30 francs (honoraires : 11'866 francs; supplément [150 % pour une valeur litigieuse de 648'000 francs] : 17'800 francs; correspondance : 300 francs; débours : 243,40 francs; TVA : 2'295,90; frais de vacation : 100 francs; frais judiciaires : 4'555 francs) pour les deux instances.

Fribourg, le 13 avril 2005