Texte pseudonymisé

Avertissement: Ce document pseudonymisé a une valeur purement informative. Le document original seul fait foi.

Arrêt N° 107/25 - IX - COM

Audience publique du dix-sept décembre deux mille vingt-cinq

Numéro CAL-2024-00867 du rôle

Composition:
Danielle POLETTI, président de chambre,
Joëlle GEHLEN, premier conseiller,
Daniel LINDEN, premier conseiller,
Jil WEBER, greffier assumé

E n t r e :

Monsieur PERSONNE1.), sans activité, demeurant à L-ADRESSE1.),

appelant aux termes d'un exploit de l'huissier de justice Gilles HOFFMANN de Luxembourg du 1er juillet 2024,

comparant par Maître Laurent RIES, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

e t :

la société anonyme **SOCIETE1.) Société anonyme d'assurances** SA, établie et ayant son siège social à L-ADRESSE2.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO1.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions, sinon par ses organes statutaires telles inscrites au RCS actuellement en fonctions,

intimée aux termes du prédit exploit PERSONNE2.) de Luxembourg du 1er juillet 2024,

comparant par Maître Romain ADAM, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

L A C O U R D ' A P P E L :

Exposé du litige

En résumé, le litige a trait à l'exécution d'un contrat d'assurance-vie « lalux-security » de type solde restant dû à capital décroissant souscrit par PERSONNE1.) le 23 décembre 2015 auprès de la société anonyme SOCIETE1.) Société anonyme d'assurances SA (ci-après *SOCIETE2.)*), pour un capital initial de 100.000.- euros, sur 30 ans, moyennant une prime annuelle de 179,30 euros. Ce contrat avait pour but de garantir un crédit hypothécaire de 356.000.- euros contracté par PERSONNE1.) auprès de la succursale luxembourgeoise SOCIETE3.) AG (ci-après *SOCIETE4.)*).

Reprochant à SOCIETE2.) une violation de ses obligations contractuelles, PERSONNE1.) assigna SOCIETE2.), par acte d'huissier du 9 novembre 2021, en se basant principalement sur la responsabilité contractuelle et notamment sur les articles 1134, 1135 et 1151 du Code civil, devant le tribunal de Luxembourg, siégeant en matière commerciale selon la procédure civile, en demandant la condamnation de SOCIETE2.) à verser 100.000.- euros entre les mains de SOCIETE4.) au titre du solde restant dû garanti en cas d'invalidité, ou à défaut tout autre montant correspondant au calcul actuariel correct. À cette fin, il demanda, si nécessaire, la désignation d'un expert calculateur, sauf si SOCIETE2.) accepte de communiquer le détail de ses calculs. Il réclama en outre une indemnité de procédure deNUMERO2.).000.- euros sur base de l'article 240 Nouveau Code de procédure civile, ainsi que la condamnation de SOCIETE2.) aux frais et dépens,

A l'appui de sa demande, il soutint être atteint d'une maladie qui l'empêcherait définitivement de travailler et estima, de ce fait, que la garantie d'invalidité prévue par son contrat d'assurance serait due. Il se basa sur les conditions particulières du contrat ainsi que sur les articles 2 etNUMERO2.) des conditions générales et affirma qu'il existerait une erreur de traduction dans la version française du terme allemand «*Physiologischer Invalidität* », lequel devrait selon lui être compris comme une simple « *invalidité* » et non comme une « *invalidité physiologique* ». Il fit valoir que le contrat couvrirait l'invalidité permanente totale causant une diminution de l'intégrité de l'assuré résultant d'un accident ou d'une maladie, et plaida que la maladie psychique dont il souffre entraînerait une invalidité totale et durable l'empêchant de travailler. Il précisa que cette maladie serait survenue après la conclusion du contrat et

produisit un certificat médical du 6 janvier 2021 attestant une incapacité permanente totale de 100 %. Il reprocha à SOCIETE2.) d'avoir refusé à tort l'octroi de la garantie, ce qui l'empêcherait de bénéficier de la couverture du solde restant dû à hauteur de 100.000.- euros.

Il contesta ainsi la validité de l'exclusion invoquée par l'assureur, qu'il estima fondée sur une interprétation abusive et, à supposer qu'elle soit applicable, il demanda son écartement comme clause abusive et équivoque. Enfin, il invoqua un défaut d'information précontractuelle et contractuelle de la part de SOCIETE2.), s'appuyant sur diverses dispositions du Code civil et du Code de la consommation relatives à la charge de la preuve et aux clauses abusives, et soutint que SOCIETE2.) ne rapporterait pas la preuve requise, en soulignant qu'il n'aurait pas eu de connaissance spécifique de la clause litigieuse, ni ne l'aurait valablement acceptée.

SOCIETE2.) objecta tout d'abord que PERSONNE1.) se limiterait à citer des dispositions légales sans formuler de demandes juridiques claires et que, dans la mesure où il viserait la nullité des conditions générales ou de certaines clauses, une telle demande serait irrecevable car introduite pour la première fois en cours d'instance et différente par son objet et sa cause de celle formulée dans l'assignation. Subsidiairement, elle fit valoir que les dispositions du Code de la consommation invoquées ne seraient pas applicables aux contrats d'assurance. Plus subsidiairement encore, elle estima que PERSONNE1.) ne rapporterait pas la preuve du caractère abusif des clauses litigieuses ni de l'existence d'un déséquilibre contractuel. Pour le cas où il invoquerait l'inopposabilité des conditions générales, SOCIETE2.) fit valoir qu'il les aurait expressément acceptées en signant les conditions particulières qui y renvoient, qu'il les produirait lui-même aux débats et qu'il adopterait une position contradictoire en s'en prévalant dans son assignation tout en en contestant ensuite l'opposabilité, en violation du principe de l'estoppel.

Sur le fond, SOCIETE2.) contesta toute violation contractuelle et soutint que les conditions de mise en œuvre de la garantie ne seraient pas remplies. Elle rappela qu'il appartiendrait à l'assuré, sur base de l'article 1315 du Code civil, de prouver la réalisation du risque garanti ainsi que des conditions de la garantie. En se fondant sur les articles 2 et 8.2 des conditions générales, elle affirma que l'invalidité garantie doit répondre cumulativement à trois critères : une diminution de l'intégrité physique résultant d'un accident ou d'une maladie, une invalidité permanente d'au moins 67 %, et une impossibilité définitive et totale d'exercer toute activité professionnelle. Selon SOCIETE2.), le premier critère ferait défaut, le médecin de PERSONNE1.) ayant lui-même qualifié son invalidité de non physiologique, de sorte qu'il n'y aurait pas de diminution de son intégrité physique au sens du contrat. Elle précisa en outre qu'aucune clause d'exclusion n'aurait été appliquée, la situation n'entrant simplement pas dans le champ de la garantie.

À titre subsidiaire, SOCIETE2.) contesta le montant réclamé et soutint que, même si la garantie était due, le capital à verser devrait être calculé à la date de réception du rapport médical, ce qui conduirait à un montant de

87.352,62 euros et non de 100.000.- euros, conformément au tableau des prestations figurant dans les conditions particulières du contrat.

Finalement, SOCIETE2.) demanda la condamnation de PERSONNE1.) aux frais et dépens de l'instance et contesta l'indemnité de procédure réclamée par ce dernier.
Par jugement n° 2024TALCH06/00281 du 25 avril 2024, le tribunal, siégeant en matière commerciale selon la procédure civile, statuant contradictoirement, a reçu la demande principale ; l'a dit non fondée et en a débouté ; a dit la demande de PERSONNE1.) en obtention d'une indemnité de procédure non fondée et en a débouté ; a dit qu'il n'y a pas lieu à exécution provisoire sans caution du jugement et condamné PERSONNE1.) aux frais et dépens de l'instance.

Pour statuer en ce sens, le tribunal a, quant aux demandes de nullité ou d'inopposabilité, constaté que les arguments de PERSONNE1.) ne constituent pas un vrai moyen juridique exploitable et qu'il n'y a pas lieu d'entrer dans un examen de nullité ou d'inopposabilité. Concernant la responsabilité contractuelle de SOCIETE2.) pour refus d'exécuter la garantie, le tribunal a rappelé la structure du contrat, à savoir : une garantie principale « *décès* » et une garantie complémentaire « *invalidité permanente totale* » et relevé que c'est uniquement cette garantie complémentaire qui est en cause, puisque PERSONNE1.) se dit atteint d'une maladie psychique le rendant définitivement inapte au travail.

Ensuite, le tribunal a vérifié que les conditions générales font bien partie du contrat. Il a relevé que les conditions particulières signées par PERSONNE1.) renvoient expressément aux « *Allgemeine Versicherungsbedingungen* » (conditions générales), que le contrat est régi par ces conditions générales et particulières, et que PERSONNE1.) a signé ces documents. Il en a tiré la conclusion que PERSONNE1.) a eu connaissance des conditions générales et les a acceptées, de sorte qu'il ne peut pas prétendre qu'elles lui seraient étrangères. Le tribunal a donc eu recours aux définitions précises figurant dans ces conditions générales.

Le raisonnement des juges de première instance a ensuite porté sur la définition contractuelle de l'« *invalidité permanente totale* » et, surtout, de l'«*invalidité physiologique* ». Ils ont relevé que le contrat prévoit que l'invalidité permanente totale est définie comme une « *invalidité physiologique* » au moins égale à 67 %, permanente et entraînant une impossibilité définitive d'exercer sa profession et de se réadapter à une autre profession compatible avec ses capacités, ses connaissances et sa situation sociale. Ils ont encore insisté sur le caractère cumulatif de ces critères, tout en se concentrant surtout sur le premier : l'exigence d'une « *invalidité physiologique* ».

D'après les juges de première instance, les conditions générales définissent l'«*invalidité physiologique* » comme « *la diminution de l'intégrité physique de l'assuré qui résulte des suites d'un accident ou d'une maladie* », appréciée sur base d'un barème d'invalidités. Ils ont estimé que PERSONNE1.) tente de contourner cette exigence en soutenant qu'il y aurait une confusion de

traduction entre l'allemand « *Physiologische Invalidität* » et le français, et que le terme devrait être compris comme une simple invalidité, pas nécessairement physique.

Le tribunal a néanmoins refusé cette interprétation et recherché des définitions de « *physiologie* » dans le Duden et dans le Larousse, qui convergent dans le même sens, à savoir que « *la physiologie est la science des fonctions et phénomènes des organes et tissus du corps* ». Il en a conclu que, dans les deux langues, l'idée de « *physiologique* » renvoie à l'organisme, au corps, donc à des capacités physiques, et non à l'état psychique au sens large. Il a en outre relevé que la définition contractuelle elle-même parle de « *diminution de l'intégrité physique* » et qu'en allemand cela correspond à « *Verminderung der physischen Integrität* ». Il en a déduit que le contrat est clair : la garantie complémentaire ne couvre que les invalidités touchant l'intégrité physique, pas les simples troubles psychiques, sauf cas spécifiques prévus dans le barème.

Le tribunal a alors examiné un point pouvant jouer en faveur de PERSONNE1.), le barème annexé au contrat mentionnant une « *aliénation mentale* ». Il a reconnu que cette notion figure bien dans le barème, mais il a opéré la distinction suivante : l'aliénation mentale est une forme extrême de maladie mentale, dans laquelle l'individu est coupé du monde extérieur, physiquement et psychologiquement, laquelle ne se confond pas avec d'autres pathologies telles que la dépression ou des troubles psychiques moins graves. Il en a déduit que le contrat n'exclut pas toute maladie mentale, mais ne couvre que des atteintes mentales d'une intensité extrême, assimilées à une invalidité d'un certain type.

Les juges de première instance se sont ensuite tournés vers les éléments médicaux du dossier, relevant que le rapport médical du 6 janvier 2021 établi par le Dr PERSONNE3.) indique expressément que PERSONNE1.) ne souffre pas d'une invalidité physiologique, de sorte que la condition de base de la garantie complémentaire n'est pas remplie. Sur cette base, ces mêmes juges ont considéré que l'état de santé de PERSONNE1.) ne rentre pas dans la catégorie contractuelle d'« *invalidité physiologique* » et que SOCIETE2.) n'a pas manqué à ses obligations contractuelles en refusant l'indemnisation. La demande de PERSONNE1.) a donc été rejetée dans son intégralité.

Par exploit du 1er juillet 2024, PERSONNE1.) a relevé appel de ce jugement lui signifié le 4 juin 2024.

L'instruction a été clôturée par ordonnance du 9 octobre 2025, puis l'affaire a été fixée pour débats à l'audience du 26 novembre 2025, date à laquelle elle a été prise en délibéré. Les parties ont été informées de la date du prononcé.

Discussion

Conformément à l'avis valant inventaire avant clôture du 9 octobre 2025, ayant reçu l'accord des parties, la Cour a pris en considération pour rendre le présent arrêt l'acte d'appel du 1er juillet 2024 et les conclusions du 16 septembre 2025

de l’appelant PERSONNE1.), ainsi que les conclusions du 26 juin 2025 de l’intimée SOCIETE2.).

A l’appui de son acte d’appel, *PERSONNE1.)* demande à la Cour de réformer le jugement entrepris dans toute sa teneur, de faire droit à son argumentation initiale, de condamner SOCIETE2.) à verser entre les mains de SOCIETE4.) la somme de 100.000.- euros correspondant au solde restant dû garanti par SOCIETE2.) pour le cas d'invalidité psychique et physique constatée dans le chef de l'assuré et souscripteur, sinon tout autre montant qui trouverait sa justification actuarielle (mathématique), au besoin nommer un médecin-expert afin de confirmer ses dires et son expertise versée (pièceNUMERO2.)) ; voir désigner un expert calculateur à moins que l'intimée SOCIETE2.) accepte de livrer le détail des calculs au jour de la mise en demeure, ainsi que de condamner SOCIETE2.) à une indemnité de procédure deNUMERO2.).000.- euros et aux frais et dépens.

Pour voir statuer dans ce sens, et après avoir rappelé le contexte général du litige, l’appelant développe, en substance, les moyens tirés de son argumentation déjà exposée en première instance. Il expose qu’au cours de l’année 2020, il serait tombé gravement malade ; que les troubles psychologiques dont il souffre auraient atteint un degré de gravité tel qu’ils auraient entraîné d’importantes répercussions physiologiques, rendant toute activité salariée impossible, y compris son emploi d’employé communal, ainsi que toute participation à la vie sociale de manière générale ; que par certificat médical du 6 janvier 2021, le docteur PERSONNE3.) aurait constaté dans son chef une invalidité permanente et totale de 100 % ; qu’il aurait régulièrement informé son assureur, SOCIETE2.), de cette situation ; que toutefois, par courriers des 14 janvier et 8 octobre 2021, l’assureur a refusé tout paiement, au motif que l’incapacité serait exclusivement de nature psychologique et non physiologique ; qu’une expertise médicale neutre et indépendante a ensuite été réalisée le 19 juin 2024 par le docteur PERSONNE4.), spécialiste en psychiatrie et en neurologie, contrairement au médecin mandaté par l’assureur ; que cette expertise aurait formellement retenu que l’appelant présente une double incapacité, à savoir une incapacité psychologique de 100 %, doublée d’une incapacité physiologique, donc physique, également évaluée à 100 %, ce qui correspondrait à une atteinte totale à l’intégrité physique.

Il conclut que l’ensemble du litige entre les parties ne porterait donc pas sur l’existence ou l’importance de l’incapacité, laquelle aurait toujours été reconnue et évaluée à 100 % tout au long de la procédure, mais exclusivement sur la qualification de cette incapacité, l’intimée soutenant qu’elle ne serait que psychologique, tandis que l’appelant affirme qu’elle serait aussi, et de manière avérée, physiologique. Afin d’étayer cette position, l’appelant s’appuie sur la pièce versée sous le numéro 5 (cf. certificat Teshmar). A défaut, il sollicite l’établissement d’une nouvelle expertise médicale destinée à départager les parties. Cette demande serait clairement formulée dans l’acte d’appel, au point III sous B, et viserait précisément à faire confirmer que l’incapacité totale de 100 % dont il souffre est à la fois de nature psychologique et physiologique. Il

estime que la preuve du préjudice au sens de l'article 1315 du Code civil a été suffisamment rapportée, ce préjudice étant d'ailleurs déjà reconnu par l'expert de l'assurance elle-même. La véritable question en débat ne serait donc pas celle de l'existence du dommage, mais uniquement celle de sa qualification médicale entre psychologique et physiologique.

SOCIETE2.) se rapporte à prudence de justice en ce qui concerne la recevabilité de l'appel en la pure forme. Au fond, après avoir rappelé le contexte général, elle conclut à la confirmation du jugement entrepris et au rejet de l'appel. L'intimée fait ainsi plaider que la garantie d'Invalidité Permanente Totale ne peut être mise en œuvre que si l'assuré établit une invalidité de nature physiologique, permanente, atteignant le seuil contractuel requis et empêchant toute activité professionnelle ; que lors de la demande de prestation en janvier 2021, le seul rapport médical produit qualifiait expressément l'invalidité de non physiologique et de nature mentale, ce qui excluait toute couverture au regard des conditions contractuelles et que le certificat médical établi en 2024 par un autre médecin constituerait un élément nouveau, sans effet rétroactif, et ne permettrait pas de démontrer que l'invalidité était déjà physiologique à la date déterminante. Elle ajoute que l'appréciation de la garantie devant s'effectuer au moment de la demande initiale, le refus de prise en charge opposé par l'assureur serait conforme au contrat et qu'aucune faute, ni comportement abusif, ne pourrait dès lors lui être reproché.

L'intimée objecte encore que l'appelant sollicite pour la première fois en appel une expertise médicale en se fondant sur un certificat de 2024 établi par son médecin traitant, lequel ne pourrait être qualifié ni de neutre ni d'indépendant. Selon elle, ce certificat ne contredirait pas le rapport de 2021, mais constaterait simplement un état de santé à une époque différente, sans effet rétroactif. Elle ajoute que l'appelant ne rapporterait toujours pas la preuve exigée par le contrat d'une invalidité physiologique au moment de la demande initiale, cette carence justifiant à elle seule le rejet de sa demande d'expertise. La demande d'expertise serait en outre imprécise, tardive, dilatoire et destinée à suppléer ses propres manquements probatoires. Elle porterait atteinte aux droits procéduraux de SOCIETE2.) et au principe du contradictoire, en modifiant a posteriori le cadre contractuel du litige. Enfin, l'expertise serait inutile puisque le certificat de 2024 pourrait, le cas échéant, fonder une nouvelle demande de prestation actuellement en cours d'instruction selon la procédure normale prévue par le contrat.

À supposer même que l'appelant ait établi l'existence d'une Invalidité Permanente Totale dès la demande initiale, ce qui reste contesté, l'intimée entend encore instruire le dossier afin de vérifier l'absence de toute cause d'exclusion ou de nullité de la garantie.

A ce titre, elle fait valoir que le capital assuré au titre de la garantie SOCIETE5.) serait contractuellement dégressif selon un tableau d'amortissement précis, ce qui exclurait toute prétention au capital initial de 100.000.- euros. Ainsi, à la date invoquée de janvier 2021, le capital ne pourrait, à titre purement indicatif, excéder 87.352,62 euros, de sorte que toute demande excédant le montant

contractuellement prévu à la date pertinente devrait être rejetée comme contraire aux stipulations librement acceptées par l'assuré.

La Cour renvoi pour le surplus à l'exposé exhaustif des moyens présentés par les parties tel que repris par le tribunal dans le jugement déféré et qui n'a pas véritablement changé en appel.

Appréciation de la Cour

- *Recevabilité de l'appel*

SOCIETE2.) s'est rapportée à prudence de justice quant à la recevabilité de l'acte d'appel en la pure forme.

Dans la mesure où l'appel n'est pas autrement contesté et qu'un moyen d'irrecevabilité à soulever d'office par la Cour n'est pas donné, il y a lieu de retenir que celui-ci est recevable pour avoir été introduit dans les formes et délais de la loi.

- *Au fond*

En ce qui concerne le fond, la Cour renvoie à la version des faits gisant à la base du présent litige exhaustivement exposée dans le jugement entrepris pour la faire sienne dans son intégralité.

Aux termes de l'articleNUMERO2.)8 du Nouveau Code de procédure civile « *il incombe à chaque partie de prouver conformément à la loi les faits nécessaires au succès de sa prétention* ». Conformément à l'article 1315 du Code civil, « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation, doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré, doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation* ».

En effet, le demandeur doit démontrer l'existence du fait ou de l'acte juridique sur lequel il fonde sa prétention : actori incumbit probatio. Celui qui a fait la preuve des éléments nécessaires à la naissance du droit qu'il invoque ne doit pas, en outre, prouver que ce droit s'est maintenu sans être modifié. Le défendeur se mue en demandeur en tant qu'il invoque une exception : reus in excipiendo fit actor. Il lui appartient donc de faire la preuve des faits qu'il invoque à titre d'exception (R. Mougenot, Droit des obligations, La preuve, éd. Larcier, 1997).

En application des principes directeurs prévus par ces textes, aux fins de pouvoir prospérer dans leur demandes, il appartient à l'appelant de rapporter la preuve tant du principe que du montant de la créance alléguée.

La demande est toujours basée sur le contrat d'assurance-vie « lalux-security» de type solde restant dû à capital décroissant souscrit par PERSONNE1.) le 23 décembre 2015 auprès de SOCIETE2.).

Suivant l'article 1134 du Code civil, « *les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. Elles ne peuvent être révoquées que de leur consentement mutuel, ou pour les causes que la loi autorise. Elles doivent être exécutées de bonne foi* ».

La Cour donne à cet égard à considérer que les parties reproduisent en appel les mêmes moyens et éléments de preuve qu'en première instance.

A noter que la décision du tribunal n'est pas entreprise sur le plan procédural en ce qui concerne les arguments de nullité ou d'inopposabilité de l'appelant jugés irrecevables faute d'avoir été formulés clairement et dirigés contre une clause précise.

L'appelant reproche en réalité au tribunal sur le plan contractuel d'avoir appliqué strictement les définitions du contrat, interprété le terme « *invalidité physiologique* » dans son sens courant et contractuel comme visant l'intégrité physique, constaté, sur base du rapport médical de 2021, que cette condition n'est pas remplie et en avoir déduit que la garantie complémentaire n'est pas due.

Le contrat d'assurance lie strictement l'assuré et l'assureur, conformément au principe selon lequel les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont conclues. Il en résulte que les conditions contractuelles doivent être interprétées et appliquées de façon rigoureuse.

En l'espèce, la garantie complémentaire ne couvre que l'Invalidité Permanente Totale répondant à une définition précise, à savoir une invalidité de nature physiologique, permanente, atteignant au moins 67 %, et empêchant définitivement l'assuré d'exercer toute activité professionnelle.

Il appartient à l'assuré, en vertu du contrat et de l'article 1315 du Code civil précité, d'apporter la preuve que ces conditions sont remplies, en produisant notamment un rapport médical attestant de la nature, des causes, du caractère physiologique, du taux, du caractère permanent de l'invalidité ainsi que de ses répercussions sur la capacité de travail.

Or, lors de sa demande de prestation en janvier 2021, l'appelant n'a pas satisfait à cette obligation de preuve. Le seul document médical produit à cette époque est le rapport établi par le Dr PERSONNE3.) le 6 janvier 2021, qui qualifie expressément l'invalidité de non physiologique et décrit la pathologie comme étant de nature mentale. Cette qualification excluait d'emblée la mise en œuvre de la garantie, dès lors que le contrat exige une atteinte physique correspondant à une diminution de l'intégrité physique. La Cour retient à cet égard que le médecin ne pouvait se méprendre sur la portée du terme «*physiologique* », celui-ci étant clairement défini dans le formulaire qu'il a rempli. Si une erreur avait été commise, il appartenait à l'assuré d'en solliciter immédiatement la correction, ce qui n'a jamais été fait.

C’est dès lors à juste titre que la juridiction de première instance a retenu sur base des éléments en sa possession que l’état de santé de l’appelant n’était pas à qualifier d’invalidité physiologique au sens du contrat.

En effet, ce n’est que plus de trois ans plus tard, en juin 2024, que l’appelant a produit un nouveau certificat médical, établi par un autre médecin, le Dr. PERSONNE4.), faisant état cette fois d’une invalidité physiologique. Ce document, improprement présenté par l’appelant comme une « *expertise neutre et indépendante* », constitue un élément de fait nouveau, établi longtemps après la demande initiale de 2021, par un praticien qui ne suit l’appelant que depuis 2023. Ce certificat ne comporte aucune indication rétroactive permettant d’affirmer que l’invalidité présentait déjà un caractère physiologique en 2021, de sorte que l’appelant ne saurait, comme le soulève à raison l’intimée, prétendre que l’invalidité aurait toujours été à la fois psychologique et physiologique.

La Cour en déduit qu’il ne s’agit pas, de la part de l’appelant, d’un simple débat de qualification juridique, mais bien d’une tentative de requalification a posteriori d’une situation médicale qui, au moment déterminant, en janvier 2021, ne remplissait pas les conditions contractuelles. Or, l’appréciation des conditions de mise en œuvre de la garantie doit s’effectuer exclusivement au regard de la situation existante lors de la demande initiale de prestation. Les évolutions ultérieures de l’état de santé, à supposer même qu’elles traduisent une aggravation, sont sans incidence sur l’admissibilité de la demande telle qu’elle a été présentée en 2021. Le certificat médical de 2024 est donc, comme le soutient à juste titre l’intimée, inopérant pour établir rétroactivement une invalidité physiologique à la date pertinente.

Pour contrer cet état de fait, l’appelant sollicite pour la première fois en instance d’appel une mesure d’expertise laquelle repose à nouveau uniquement sur le certificat médical établi en juin 2024 par le Dr. PERSONNE4.). Il s’agirait selon l’appelant de départager des opinions de médecins divergentes.

Or, contrairement à ce que soutient l’appelant, le certificat établi en 2024 ne contredit pas le rapport médical de 2021 du Dr. PERSONNE3.). Ces deux documents portent sur des périodes différentes et constatent l’état de santé de l’assuré à des moments distincts. Il n’existe donc pas de contradiction médicale à trancher. Le désaccord porte uniquement sur la date à laquelle doivent être appréciées les conditions contractuelles d’ouverture de la garantie.

La demande d’expertise souffre également d’un défaut manifeste de précision. Aucun cadre clair n’est fixé quant à la mission confiée à l’expert, aucune question n’est formulée, et l’utilité concrète de la mesure n’est pas démontrée, l’appelant se bornant à produire un certificat récent sans exposer en quoi une expertise serait déterminante pour la solution du litige. Une telle imprécision empêche la Cour d’apprécier la nécessité réelle d’une mesure d’instruction.

Cette demande présente par ailleurs un caractère tardif et dilatoire. En effet, selon l’article 351, alinéa 2 du Nouveau Code de procédure civile, une mesure d’instruction ne peut, en aucun cas, être ordonnée en vue de suppléer la

carence de la partie dans l'administration de la preuve. L'expertise n'a pas de fonction probatoire autonome, elle a un caractère subsidiaire et ne saurait être destinée à suppléer à la carence d'un des plaideurs dans l'administration de la preuve. En l'occurrence, non seulement l'appelant cherche, en appel, à pallier l'insuffisance de son dossier initial par une mesure d'expertise qu'il n'a jamais sollicitée en première instance, alors que la charge de la preuve lui incombe depuis l'origine, mais encore le bien-fondé de la revendication ne transparaît pas des éléments versés au dossier comme il a été relevé ci-avant.

La Cour note enfin que la demande d'expertise est dépourvue d'utilité. Le certificat de juin 2024 établit, au mieux, l'existence actuelle d'une invalidité susceptible d'ouvrir droit à garantie dans le cadre d'une nouvelle demande distincte de celle introduite en 2021. C'est précisément sur cette base que SOCIETE2.) a engagé une nouvelle procédure d'instruction, en sollicitant un rapport médical actualisé afin de vérifier si les conditions contractuelles sont désormais réunies (cf. courrier de SOCIETE2.) à PERSONNE1.) du 28 janvier 2025 en réponse à l'envoi du certificat médical du 16 juin 2024).

La Cour en déduit, à l'instar du tribunal, que le refus opposé par l'intimée à la demande de l'appelant en janvier 2021 ne procède ni d'un comportement abusif, ni d'exclusions arbitraires, mais de l'application stricte et légitime des stipulations contractuelles librement acceptées par l'appelant. L'absence de preuve d'une invalidité physiologique au moment requis excluant la garantie, aucune faute contractuelle ne peut être reprochée à SOCIETE2.) et c'est dès lors à bon droit que le tribunal a rejeté la demande de PERSONNE1.) .

Le jugement entrepris est en conséquence à confirmer sous ces différents aspects.

- *Demandes accessoires*

Aux termes de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile « *lorsqu'il paraît inéquitable de laisser à la charge d'une partie les sommes exposées par elle et non comprises dans les dépens, le juge peut condamner l'autre partie à lui payer le montant qu'il détermine*. »

L'appelant ayant succombé tant en première instance qu'en instance d'appel, il y a lieu de confirmer le tribunal en ce qu'il l'a débouté de sa demande en allocation d'une indemnité de procédure. Il est également à débouter de cette demande en instance d'appel.

Les juges de première instance ayant procédé à une saine répartition des frais et dépens de la première instance, le jugement est encore à confirmer sur ce point.

C'est encore pour les mêmes raisons qu'il y a lieu de mettre à charge de l'appelant l'entièreté des frais et dépens de l'instance d'appel.

P A R C E S M O T I F S

la Cour d'appel, neuvième chambre, siégeant en matière commerciale selon la procédure civile, statuant contradictoirement,

dit l'appel recevable mais non fondé ;

confirme le jugement entrepris ;

déboute PERSONNE1.) de sa demande en obtention d'une indemnité de procédure ;

condamne PERSONNE1.) aux frais et dépens de l'instance d'appel.

La lecture du présent arrêt a été faite en la susdite audience publique par Danielle POLETTI, président de chambre, en présence du greffier assumé Jil WEBER.