

Cour de Justice du canton de Genève, 14 décembre 2001,
R. c. Y Assurances de Personnes, Adliswil

Faits: R. est assuré auprès de Y Assurances (auparavant Z) depuis le 6 avril 1995, selon contrat d'assurance maladie et accident. Ce contrat prévoit le versement de 730 indemnités journalières sur une période de 900 jours.

Le 29 avril 1996, R. a fait une chute dans les escaliers. Les radiographies du 30 mai 1996 ont mis en évidence une lésion partielle du ligament alaire droit. Lors de la consultation du 28 juin 1996, le Dr J., neurologue, a diagnostiqué un syndrome algo-sensitif droit, non déficitaire au plan moteur. L'accident a été déclaré à Y Assurances le 24 juillet 1996, par le Dr Jo., médecin traitant de R., qui a diagnostiqué une contusion et une entorse de la région cervico-occipitale et lombaire, avec suspicion de commotion cérébrale. Il a indiqué que son patient était en incapacité totale de travailler depuis le 29 avril 1996.

En octobre 1996, le Dr Jo. a adressé son patient à un psychiatre, lequel a diagnostiqué un état dépressif moyen et a fixé le taux d'incapacité de travail à 100% dès le 28 octobre 1996, puis à 50% dès le 27 mai 1997 pour une durée indéterminée. Le 30 octobre 1996, Y Assurances a demandé à son médecin-conseil, le Dr S., chirurgien orthopédiste, un avis médical sur l'état de santé de R., notamment l'évaluation du taux d'incapacité de travail depuis l'accident. Ce dernier a indiqué que le déficit de rendement, prenant en compte la profession de chauffeur de taxi de R., "par un traitement approprié était à plus de 0 à 50%. Avec le traitement médicamenteux anti-dépressif assez intensif, il est possible que le déficit de rendement soit toujours de plus de 50%". Y Assurances a versé à R. des indemnités journalières entières pour la période allant du 30 mai au 31 décembre 1996.

Le 20 janvier 1997, Y Assurances a informé R. qu'à partir de janvier 1997, seules les incapacités attestées par un médecin compétent spécialisé seraient prises en considération. Elle indiquait qu'un traitement efficace devait être entrepris pour diminuer la prise d'antidouleurs et que son service médical avait besoin d'une documentation élaborée. R. a demandé à l'assurance de connaître les motifs de cette décision, ainsi que le rapport du Dr S. L'appelante lui a répondu que le rapport pouvait être obtenu directement auprès du médecin, et qu'elle exigeait que R. soit examiné par un spécialiste. Au mois de février 1997, le Dr Jo., qui ignorait le rapport du Dr S., a adressé son patient à l'hôpital B.-S. pour un traitement de physiothérapie ambulatoire intensif. Il a estimé que la meilleure démarche

pour son patient était de l'adresser non pas chez un spécialiste, mais à l'hôpital B.-S. pour un examen pluridisciplinaire. L'assurance en a été informée par R. le 22 avril 1997. Ce dernier demandait le versement d'indemnités et la communication du rapport du Dr S. Y Assurances confirma qu'aucune prestation ne serait versée tant que R. ne consulterait pas un spécialiste, soit le Dr W., et qu'il n'était pas nécessaire de transmettre à un autre médecin le rapport du Dr S.

Par l'entremise de son conseil, R. a obtenu, le 29 octobre 1997 la communication du rapport du Dr S., qu'il a transmis au Dr Jo. Ce dernier n'a pas pu réaliser la proposition du Dr S., soit de cesser le traitement médicamenteux, vu le temps écoulé depuis le rapport. Le traitement de physiothérapie de R. s'est terminé en septembre 1997, la mobilité de la nuque s'était améliorée mais le patient souffrait de migraines. Les Drs Wa. et Z. (de l'hôpital B.-S.) ont notamment proposé la consultation d'un neurologue, proposition non suivie par le Dr Jo., considérant que les migraines étaient la conséquence du traitement entrepris. Effectivement, ces dernières ont cessé. L'état de santé de R. s'est amélioré, et le Dr Jo. a établi un nouveau certificat médical indiquant que le taux d'incapacité de travail de son patient était de 50% dès le 27 mai 1997. Ce certificat médical n'a pas été transmis à Y nerāli Assurances.

Par courrier du 22 mai 1998, l'assurance indiquait refuser de verser les indemnités journalières dès le 1er janvier 1997, au motif que R. n'avait pas consulté un spécialiste et n'avait pas suivi le traitement proposé par le médecin-conseil. L'assurance a reçu un certificat médical rétroactif du Dr Jo., confirmant que l'incapacité de travail de R. était de 100% dès le 1er janvier 1997 et de 50% dès le 27 mai 1997. C'était le premier certificat médical que l'assurance recevait. Le 13 août 1998, Y Assurances a écrit au mandataire de l'assuré un courrier, sous les réserves d'usage, en confirmant son refus de verser les prestations d'assurance. Elle proposait de faire un geste pour liquider ce dossier, mais sans aucune reconnaissance. Elle précisait : "cette offre est faite à titre purement transactionnel et ne saurait être utilisée, ni même citée sans notre accord exprès". L'assuré a refusé d'entrer en matière par lettre du 19 novembre 1998.

Le 24 juin 1999, R. a déposé une demande en paiement contre Y Assurances, concluant à ce que cette dernière soit condamnée à lui verser 21'900 fr., soit 146 indemnités journalières entières de 150 fr. du 1^{er} janvier au 26 mai 1997 (taux d'incapacité de travail de 100%), et 27'540 fr. soit 366 indemnités journalières de 75 fr. du 27 mai 1997 au 28 mai 1998 (taux d'incapacité de travail de 50%). Y Assurances a conclu au déboutement de R., en invoquant la prescription. Au cours de la procédure, le Dr Jo. a été entendu et a confirmé les incapacités de travail et ses diagnostics. Il a également confirmé que l'assurance ne l'avait jamais contacté pour demander des renseignements.

Selon jugement rendu le 14 septembre 2000, le Tribunal de première instance condamné Y Assurances à verser à R. la somme de 38'325 fr. avec suite d'intérêts et dépens comprenant une indemnité de procédure de 3'000 fr. valant participation aux honoraires d'avocat du demandeur. En substance, le Tribunal a tout d'abord considéré que la demande de R. a été déposée en temps utile, la prescription ayant été valablement interrompue le 13 août 1998 par l'offre de l'assurance. Le Tribunal a ensuite retenu que R., en suivant un traitement de physiothérapie intensif à l'hôpital B.-S., qui a eu des effets bénéfiques puisque son taux d'incapacité avait baissé à 50%, s'était conformé aux injonctions de Y Assurances. Quand bien même R. n'avait transmis aucun certificat médical à son assurance, le Tribunal a relevé que l'appelante n'avait pas fait usage de la faculté figurant en l'art. 4.2 de ses conditions générales, lui permettant d'obtenir directement des médecins traitants les renseignements servant à fixer l'étendue du droit aux prestations. Y Assurances ne peut donc se prévaloir des manquements de son assuré pour refuser d'exécuter ses obligations contractuelles. Le Tribunal a tenu pour établi que R. était en incapacité totale de travailler du 1er janvier au 26 mai 1997, puis à raison de 50%. Les indemnités journalières dues correspondent à 146 jours 150 fr., représentant 21'900 fr. et 219 indemnités à 75 fr., représentant 16'425 fr. Le jugement a été communiqué aux parties par plis recommandés du 15 septembre 2000.

Selon mémoire d'appel déposé au greffe de la Cour le 18 octobre 2000, Y Assurances a contesté ledit jugement. L'appelante reproche au Tribunal d'avoir méconnu les règles de la prescription, d'avoir admis un taux d'incapacité de travail contesté sans procéder à une expertise médicale, d'avoir retenu à tort que R. s'était conformé à son obligation de diminuer le dommage. Elle conclut à l'annulation du jugement entrepris, avec suite de dépens. R. a interjeté un appel incident avec sa réponse. Il considère que sa demande n'est pas prescrite et que le Tribunal a commis une erreur dans le nombre des indemnités reçues jusqu'au 26 mai 1997. Elles seraient au nombre de 215 et non pas de 511 indemnités comme retenu par le premier juge. Il demande ainsi à ce que l'intégralité de ses conclusions formulées en première instance lui soient accordées, sous suite de dépens. Les autres faits et arguments des parties seront repris, en tant que de besoin, ci-après.

Motifs: Déposé dans les délai et forme prévus par la loi, l'appel et l'appel incident interjetés par Y Assurances et R., contre le jugement rendu par le Tribunal de première instance le 14 septembre 2000, sont recevables à la forme (art. 22, 24 et 25 LOJ et 251 LPV).

L'exception de prescription est un moyen préjudiciel touchant au fond du droit qui, s'il est admis, règle le sort de l'action intentée par R. Il convient donc de l'examiner en premier lieu.

Les parties sont liées par un contrat d'assurance régi par les conditions générales, édition 1994, ainsi que par les dispositions de la loi pour le contrat d'assurance et les dispositions générales du Code des obligations. A teneur de l'art. 46 al. 1 LCA, les prétentions qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. En matière de prescription de droits contractuels, le départ de la prescription est généralement un fait purement objectif. L'art. 46 LCA prévoit également que le délai commence à courir à partir d'un élément mais non spécifié. La loi parle du "fait" d'où naît l'obligation". Ce "fait" n'est pas le même pour les prétentions issues des diverses catégories d'assurances. "L'obligation" visée par l'art. 46 LCA est évidemment celle de l'assureur de verser les prestations convenues à raison de l'événement assuré. Le "fait" qui lui donne naissance est ainsi la réalisation du risque (ATF 118 II 447, JdT 1993 I 745, JdT 1996 I 223, SJ 1993 p. 173). L'ancienne jurisprudence considérait que l'assurance accident présentait la particularité de garantir les prestations très différentes par leur nature et n'ayant qu'un point commun : la lésion consécutive à un accident. C'est ce point commun, l'accident, que l'ancienne jurisprudence a longtemps considéré comme étant "le fait où naît l'obligation" de l'assureur accident. Le Tribunal fédéral a ensuite abandonné ce point de vue. Ainsi, en ce qui concerne les allocations journalières, pour chaque allocation due, le "fait d'où naît l'obligation" est le jour où cette allocation journalière est échue (R. Brehm, *L'Assurance privée contre les accidents*, p. 361, 362, 365 et réf. citées, notamment ATF 68 II 106).

L'art. 46 LCA est la seule disposition relative à la prescription en droit des assurances privées. La question de l'interruption de cette dernière n'y est pas mentionnée. Il faut, en vertu du renvoi de l'art. 100 LCA, appliquer l'art. 135 CO qui prévoit que la prescription est interrompue notamment quand le débiteur reconnaît la dette. On est en présence d'une reconnaissance de dette lorsque le débiteur manifeste à l'intention du créancier ou de son représentant, expressément ou par actes concluants, que la dette existe. L'auteur doit signifier qu'il a la pensée d'être débiteur. L'attitude du débiteur doit établir, indubitablement et d'une manière reconnaissable pour le créancier, que juridiquement il se considère comme tel et que son geste n'a pas une portée purement morale. En présence de cette manifestation claire de la pensée du débiteur, le créancier n'a aucune raison de faire valoir son droit en justice (SJ 1970 p. 118, 122 et ss).

Le Tribunal fédéral a précisé que la prescription était interrompue en application de l'art. 135 ch. 1 CO, dès que l'assureur entrait en matière et reconnaissait le principe de la couverture dans une lettre à laquelle le destinataire pouvait, de

bonne foi, prêter cette signification, de sorte qu'il a pu en conclure qu'il n'était pas nécessaire de faire valoir son droit en justice (TC VD RBA XVII no 39). La reconnaissance du principe de l'obligation d'indemniser suffit, même si elle n'est pas chiffrée (TC VD RBA XVII no 39; TC VS RBA XIII no 61). Une offre de règlement chiffrée interrompt la prescription, même s'agissant d'un montant supérieur à l'offre formulée (TF RBA X no 52 ; TF RBA VI no 183/322). Des offres fermes de l'assureur suffisent à interrompre la prescription, même si elles ne sont pas acceptées par l'assuré (TF RBA VI no 322).

En l'espèce, l'assurance a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 1996, puis plus rien. Le délai de prescription a commencé à courir à dater du 1er janvier 1997.

Il ressort clairement de l'échange de correspondance pendant l'année 1997, que l'assurance refusait de verser les indemnités journalières à son assuré. En 1998, l'assurance a confirmé son refus de servir ces prestations. Elle indiquait toutefois être disposée à trouver un arrangement amiable. Dans un courrier ultérieur, émis sous les réserves d'usage, l'assurance a, à nouveau, confirmé son refus et indiquait être prête à faire un geste pour liquider ce dossier. Elle proposait le versement d'un montant en précisant que cette offre était faite à titre purement transactionnel, qu'elle ne pouvait être utilisée, ni citée sans son accord express. On peut dès lors s'étonner que cette lettre soit produite en justice par le conseil du demandeur.

La Cour retiendra qu'il n'y a pas eu de reconnaissance de dette interrompant la prescription, au sens de l'art. 135 ch. 1 CO. En effet, l'assurance a clairement indiqué et confirmé qu'elle refusait de verser des indemnités journalières à son assuré. Peu importe que ce soit à tort ou à raison. L'offre contenue dans le courrier du 13 août 1998 s'inscrivait clairement dans un contexte de pourparlers amiables, sans reconnaissance aucune, n'ayant pas abouti. Il s'agissait d'une simple proposition d'arrangement, sous réserves, à laquelle l'assurance n'était liée que le temps nécessaire durant lequel elle pouvait raisonnablement s'attendre à recevoir une réponse. Cette dernière lettre ne peut être considérée comme une reconnaissance de dette pure et simple, puisque justement l'assurance indique ne rien devoir à son assuré et que sa proposition n'est qu'un geste à bien plaisir. Dans ces circonstances et en application de l'art. 2 CCS, l'assuré ne pouvait, de bonne foi, conclure à la lecture des courriers de l'assurance, qu'il ne lui était pas nécessaire de faire valoir ses droits en justice, parce qu'ils auraient été acceptés ou reconnus. Bien au contraire, R. devait comprendre que tel n'était pas le cas les refus réitérés et la mention de l'assurance spécifiant que l'assuré ne pouvait se prévaloir de ce courrier sans son accord exprès.

R. allègue que Y Assurances invoque la prescription de manière abusive. Il y a abus de droit lorsque, en violation du principe de la bonne foi, l'assureur laisse d'abord croire

au créancier qu'une action judiciaire ou l'introduction d'une poursuite, interruptives de prescription, ne sont pas nécessaires et le dissuade ainsi d'agir en temps utile, pour ensuite soulever ce moyen (TF RBA XIII no 62 ; TC VS RBA XIII no 61 ; TC BE RBA XII no 55). Pour qu'il y ait abus, il faut que l'assureur se soit comporté de façon telle qu'il apparaisse compréhensible, objectivement que l'assuré se soit abstenu de tout procédé juridique avant l'expiration du délai (TF RBA XIII no 62). Il n'y a aucun abus de droit à invoquer la prescription lorsque l'assureur a, clairement et de façon constante, refusé son intervention (ATF 119 II 468, Rés. JdT 1996 I 684). En l'espèce, il ressort des courriers de l'assurance que cette dernière a indiqué, clairement et à plusieurs reprises, qu'elle n'entendait pas verser d'indemnités journalières à son assuré. Dans ces circonstances, la Cour retiendra que l'assurance n'a pas invoqué la prescription de manière abusive.

Le délai de prescription de 2 ans de l'art. 46 LCA vient à échéance en janvier 1999. Cette prescription n'a pas été interrompue. La demande de R., déposée au Tribunal de première instance le 24 juin 1999, soit après l'échéance des deux ans, est tardive et par conséquent prescrite.

A teneur de l'art. 176 LPC la partie qui succombe est condamnée aux dépens.

Au vu de ce qui précède, le jugement dont est appel sera annulé. L'appel incident de R. est infondé. Il sera débouté des conclusions de sa demande et condamné à payer à Y Assurances les dépens de première instance et d'appel qui comprendront une indemnité globale de 4'000 fr. à titre de participation aux honoraires du conseil de l'appelante, valant pour les deux instances.

Par ces motifs

La Cour:

A la forme:

Déclare recevable l'appel interjeté par Y Assurances de Personnes et l'appel incident interjeté par R., contre le jugement no .., rendu par le Tribunal de première instance le 14 septembre 2000 dans la cause no .. .

Au fond:

Annule ledit jugement.

Déboute R. de ses conclusions.

Le condamne aux dépens de première instance et d'appel, comprenant une unique participation aux honoraires d'avocat de l'appelante en 4'000 fr. Déboute les parties de toutes autres conclusions.