

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

CI/7720/2004

ACJC/1052/2005

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile
statuant par voie de procédure ordinaire

AUDIENCE DU VENDREDI 16 SEPTEMBRE 2005

Entre

Madame X

appelante d'un jugement rendu par la 4ème Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 21 décembre 2004, comparant par Me Christine Sordet, avocate, rue de la Croix d'Or 10, 1204 Genève, en l'étude de laquelle elle fait élection de domicile aux fins des présentes,

et

Y

ASSURANCES SUR LA VIE,

intimée, comparant par Me Pierre Vuille, avocat, rue Bellot 9, 1206 Genève, en l'étude duquel elle fait élection de domicile aux fins des présentes,

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 21.9.2005.

EN FAIT

- A. Le 1er décembre 1998, X , née le 7 mars 1949, avocate travaillant à titre indépendant dans une Etude avec son époux Z , également avocat, a rempli une formule de demande d'admission maladie collective à l'attention de Y ASSURANCES SUR LA VIE (ci-après Y ASSURANCES), dont le siège est à Genève (pièces 1 et 5 dem.)

A la question *«Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maux de tête, d'insomnies, de vertiges, de nervosité, d'anxiété, d'épilepsie, de paralysie, de troubles psychiques, de dépressions nerveuses ou d'autres maladies du système nerveux?»*, X a répondu *«oui»* (question 10.c; pièce 5 dem.). La formule demandait des précisions, en cas de réponse affirmative à cette question, sur le *«genre d'accident, de maladie, de traitement, d'opération, d'infirmité, de cure, de médicaments ou autres substances»*. X précisa *«migraines»*. A la question supplémentaire relative aux séquelles, elle a répondu *«non»* (pièce 5 dem.).

- B. La police d'assurance maladie collective no 9967.669, établie par l'assurance le 15 avril 1999, est entrée en vigueur le 10 décembre 1998, la date d'expiration étant le 31 décembre 1999. Les conditions générales 1992 étaient applicables.

La police a été renouvelée le 1er janvier 2001, avec expiration le 31 décembre 2002, soumise aux conditions générales 1997.

Il n'est pas contesté que X était assurée dans l'intervalle, la police d'assurance initiale du 15 avril 1999 ayant vraisemblablement été prolongée d'une année.

Les prestations assurées comprennent une indemnité journalière perte de gain, qui couvre, en cas de maladie, 80% du salaire durant 670 jours, après un délai d'attente de 60 jours, le salaire annuel assuré étant fixé à 140'000 fr. (pièces 7 et 8 dem.).

Les conditions générales d'assurances 1992 disposent que *«LA Y garantit le paiement d'une indemnité journalière correspondant soit à un pourcentage du salaire, soit à un montant fixe convenu d'avance»* et que l'assurance *«verse la prestation convenue aussi longtemps que l'assuré, en traitement médical selon l'art. 33.1, est incapable de travailler»* (art. 14). Le délai d'attente *«commence à courir dès le jour de l'incapacité de travail, au plus tôt cependant trois jours avant la première consultation médicale. Le début de l'incapacité doit être attesté par un médecin»* (art. 15).

De même il était prévu qu'aussitôt qu'une incapacité de travail donne droit à une prestation, le preneur d'assurance doit en aviser LA Y L'assuré doit consulter un médecin au plus tard trois jours après le début de l'incapacité de travail. Si l'assuré a droit à une indemnité journalière, il doit se soumettre tous les 14 jours à un contrôle médical, sauf avis contraire de LA Y (art. 33.1). L'assuré doit fournir à LA Y les certificats médicaux nécessaires (art. 33.3). «LA Y refuse les prestations aussi longtemps que les obligations en cas de sinistre ne sont pas remplies» (art. 33.4; pièce 6 déf.).

- C. Selon certificat médical établi le 14 décembre 2000, le Dr J , psychiatre-psychothérapeute FMH, certifiait qu'il suivait X depuis le 20 janvier 2000 et que celle-ci *«présente en janvier 2000 un épisode dépressif sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et de difficultés de santé neurologiques invalidantes»*. Il estimait que sa patiente, en raison de son état dépressif était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 20 janvier 2000 et cela pour une durée indéterminée et qu'elle était certainement dans l'incapacité de travailler dans les semaines précédant cette date (pièce 9 dem.).

Le 15 décembre 2000, X a adressé ce certificat médical à Y ASSURANCES, précisant avoir été dépressive depuis octobre 1999 et avoir pensé pouvoir reprendre son travail, ce qui n'avait finalement pas été possible. Elle demandait le versement des indemnités journalières *«prévues contractuellement»*, au moyen d'un bulletin de versement annexé (pièce 10 dem.).

- D. Par pli du 18 janvier 2001, Y ASSURANCES a répondu qu'elle estimait que la déclaration lui parvenait tardivement, rappelant à son assurée le libellé de l'art. 33.1 CGA. Elle s'est dite *«au regret de devoir [se] prévaloir des dispositions de l'art. 33.4 et de refuser [ses] prestations pour la période antérieure au 15.10.2000»*. Elle a précisé : *«compte tenu du délai d'attente de 60 jours, nous considérons que votre lettre du 15.12.2000 vaut déclaration pour votre incapacité de travail à compter du 15.10.2000»*. Enfin, elle indiquait : *«afin que nous puissions nous déterminer et notamment pour permettre l'obtention par notre service médical des renseignements qu'il sera amené à demander, nous vous saurions gré de bien vouloir nous retourner la procuration ci-jointe après l'avoir signée»* (pièces 11 et 11bis dem.).

- E. Selon courrier du 24 janvier 2001 adressé au Dr B , médecin conseil de Y ASSURANCES, le Dr J a mentionné que le début de la *«symptomatologie anamnétique»* avait eu lieu en automne 1999, que la première consultation datait du 20 janvier 2000 et que la patiente avait connu des *«épisodes dépressifs antérieurs restés non traités ou traités par des médecins non spécialistes»* (pièce 15bis dem.).

Par pli du 27 mars 2001, le Dr N , médecin traitant de X , spécialiste FMH en médecine interne, a informé Y ASSURANCES qu'il la suivait depuis 1984 et, à la question de savoir si la patiente avait connu des «*épisodes dépressifs antérieurs traités par des médecins non spécialistes*», il a répondu, en style télégraphique : «*prescription d'Aurorix le 22.11.90. Revue le 30.11.90 : médicament apparemment pris et bien toléré. Revue le 14 décembre 1990 : idem ? Mais plus revue jusqu'au 18.9.91*» (pièce 16 bis dem.).

Selon un certificat médical établi le 22 novembre 1990, le Dr N prescrivait en effet à X de l'*Aurorix 150* et du *Demetrin 20* (pce 1 dem.).

Selon le Compendium suisse des médicaments, l'*Aurorix* est un antidépresseur, le *Demetrin* un tranquillisant (pces 2 et 3 dem.).

- F. Par courrier du 23 avril 2001, Y ASSURANCES a informé X avoir consulté ses médecins traitants et regretter qu'elle n'ait pas mentionné son état dépressif de 1990/91, survenu avant sa demande d'adhésion. La réponse de X à la question 10.c du formulaire d'adhésion n'était pas conforme à la réalité et était constitutive de réticence. L'assurance l'informait qu'en conséquence, elle se départait du contrat conformément à l'art. 6 LCA (pièce 12 dem.).

X a répondu qu'elle contestait avoir commis un acte de réticence, indiquant qu'elle répondrait dans le détail au courrier de l'assurance à réception des documents sur lesquels cette dernière se fondait (pce 13 dem.).

Par courrier du 6 juin 2001 adressé à Z , l'assurance a refusé, de rétablir la police concernant son épouse, retenant que le contrat avait été résolu avec effet ex tunc (pce 9 app.).

- G. Le 20 décembre 2001, X était toujours en incapacité de travail à 100% (pce 17ter dem.).

Par courrier du 29 décembre 2001, elle a contesté avoir consulté son médecin traitant pour cause de dépression en 1990, mais pour diverses autres causes, dont un refroidissement, des migraines et des maux de dos. Le Dr N lui avait prescrit de l'*Aurorix* pour l'aider à surmonter son stress. De plus, même si ses déclarations à l'assurance étaient constitutives de réticence, il ressortait de l'art. 8 LCA que l'assureur ne pouvait se départir du contrat si le fait faisant l'objet de la réticence avait cessé d'exister avant le sinistre, ce qui était le cas en l'espèce (pce 17 dem.).

-
- H. Le 19 février 2002, les époux Z/X ont reçu une sommation pour le paiement des primes d'assurance du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2002 (pce 11 app.), correspondant aux primes pour les deux époux.

Par courrier du 25 mars 2002, Y ASSURANCES a informé Bernard et X, que cette dernière avait bien été exclue du cercle des assurés, que la prime pour l'année 2002 avait été facturée par erreur avec celle de son époux, ce qui ne signifiait aucunement que l'assurance reconnaissait être liée contractuellement, la créance en paiement des indemnités journalières étant de toute manière prescrite (pce 20 dem.).

- I. Par acte du 18 avril 2002, reçu par l'Office des poursuites le 19 avril 2002, X a formé une réquisition de poursuite à l'encontre de Y ASSURANCES pour la somme de 205'589 fr. avec intérêts à 5% dès le 18 avril 2002, à titre d'indemnités journalières résultant du contrat d'assurance (pièces 18 dem.). Un commandement de payer a été notifié pour la créance précitée le 7 mai 2002 et a été frappé d'opposition (pce 19 dem.).

- J. Par acte déposé en conciliation le 16 avril 2004 par devant le Tribunal de première instance, X a ouvert action en paiement à l'encontre de Y ASSURANCES, concluant à ce que celle-ci soit condamnée à lui verser la somme de 205'589 fr. avec intérêts à 5% dès le 18 avril 2002.

A l'audience d'introduction du 2 septembre 2004, Y ASSURANCES a soulevé l'exception de prescription. Elle a conclu, dans son mémoire de réponse déposé le 1er novembre 2004, au déboutement de sa partie adverse.

- K. Par jugement du 21 décembre 2004, notifié le 22 décembre, le Tribunal de première instance a débouté X de toutes ses conclusions (ch. 1) et l'a condamnée en tous les dépens, y compris une indemnité de procédure de 5'000 fr. (ch. 2).

Le Tribunal a considéré que la créance de la demanderesse était prescrite en application de l'art. 46 al. 1 LCA, le délai de prescription partant du 20 mars 2000, dès lors que l'incapacité de travail avait été constatée le 20 janvier 2000, auquel il convient de rajouter le délai d'attente de 60 jours. Ainsi, la réquisition de poursuite du 18 avril 2002 n'avait pas interrompu la prescription, qui était déjà atteinte.

- L. Par acte expédié le 31 janvier 2005 au greffe de la Cour de justice, X recourt contre ce jugement, dont elle demande l'annulation, et conclut à ce qu'il soit dit que sa créance de 205'589 fr. n'est pas prescrite, subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée au Tribunal pour instruction et nouvelle décision, cela avec suite de dépens.

Elle soutient que l'assurance a défini elle-même le point de départ de son obligation, par son courrier du 18 janvier 2001, en faisant partir le délai d'attente du 15 octobre 2000 et les indemnités d'assurance dès le 16 décembre 2000 pour une durée de vingt-quatre mois. L'assurance ne pouvait revenir sur cette déclaration, qui n'avait pas été contestée. L'appelante précisait n'avoir jamais soutenu que le courrier du 18 janvier 2001 de l'assurance valait reconnaissance de dette ou renonciation à la prescription, comme le jugement l'indiquait faussement.

- M. Y ASSURANCES a conclu au rejet du recours, avec suite de dépens, retenant que la prescription était atteinte, que le point de départ de cette dernière était un fait objectif qui ne pouvait être fixé contractuellement et que par son courrier du 18 janvier 2001, elle invoquait le fait que l'incapacité de travail avait été annoncée tardivement et que les prestations étaient en tout cas refusées aussi longtemps que les obligations de l'assurée - de signaler son incapacité de travailler - n'étaient pas remplies. A cet égard, l'annonce de l'incapacité ne devait pas être confondue avec l'incapacité elle-même, qui faisait courir le délai de prescription.
- N. Par courrier du 8 mars 2005, X a complété les conclusions de son appel, en ce sens qu'elle conclut à ce que Y ASSURANCES soit condamnée à lui payer la somme de 205'589 fr. avec intérêts à 5% dès le 18 avril 2002, indiquant que cette conclusion avait été oubliée par erreur dans son mémoire d'appel.
- O. La cause a été gardée à juger à l'issue de l'audience de plaidoiries du 24 mai 2005, lors de laquelle les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives. L'intimée a notamment indiqué qu'elle ne s'opposait pas au complètement des conclusions d'appel.

EN DROIT

1. L'appel a été déposé selon la forme et dans le délai prescrits par la loi (art. 296 et 300 LPC), compte tenu de la suspension du délai du 18 décembre 2004 au 1^{er} janvier 2005 compris (art. 30 LPC).

La formalité de l'acte d'appel doit être respectée dans le délai des art. 296, 297 et 299 LPC. L'appelant ne peut ainsi corriger une irrégularité de son mémoire par la production d'un nouvel acte hors du délai d'appel. Tout au plus peut-il produire un complément aux conditions de l'art. 122 al. 1 LPC, pour autant que l'acte d'appel ne soit pas manifestement irrecevable (SJ 1986 p. 335). Cette nouvelle écriture ne permettra pas l'articulation de conclusions non contenues dans le mémoire d'appel (SJ 1960 p. 148; 1968 p. 153; 1986 p. 208; BERTOSSA/-GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la LPC, ch. 2 ad art. 300 LPC).

Toutefois, un appel peut, sans formalisme excessif, être déclaré irrecevable pour le motif que l'appelant n'a pas pris de conclusions au fond, sauf lorsque la Cour de justice ne statuerait de toute manière pas elle-même sur le litige en cas d'admission du grief soulevé devant elle, soit notamment lorsque la Cour de justice admet un appel contre un jugement du Tribunal de première instance rejetant d'entrée de cause une action pour cause de prescription (ATF du 9 mars 2005, no 5P.389/2004, consid. 2.4. et 2.5.).

En l'espèce, l'appelante a pris des conclusions en constatation de droit, qu'elle a complétées par des conclusions au fond après l'échéance du délai d'appel. Toutefois, le jugement entrepris ayant admis l'exception de prescription soulevée devant lui, l'appel ne peut être déclaré irrecevable au motif que l'appelante n'a pas pris de conclusions au fond. De plus, l'intimée a déclaré en plaidant qu'elle ne s'opposait pas au dépôt des conclusions complémentaires de sa partie adverse. L'appel sera donc déclaré recevable.

Les dernières conclusions prises en première instance ayant porté sur une valeur litigieuse indéterminée, le Tribunal a statué en premier ressort; la Cour revoit donc la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 22 al. 2 LOJ).

2. 2.1. A teneur de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Ce fait n'est pas le même selon les diverses catégories d'assurances dont il s'agit. L'obligation visée par cette disposition légale 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 consid. 2b p. 454).

Selon la jurisprudence fédérale, la prescription court du jour duquel les éléments qui fondent l'obligation de l'assureur sont établis. Ainsi, l'obligation de l'assureur en cas d'indemnités journalières pour cause de maladie naît de l'incapacité de travail due à la maladie et attestée par un médecin et de l'écoulement du délai d'attente convenu. Si ces deux éléments de fait sont réalisés, la prescription commence à courir et ce pour toutes les indemnités journalières qui échoient pendant la durée de l'incapacité de travail constatée par un médecin. A moins que le contrat ne prévoie clairement une autre règle, l'indemnité journalière doit en principe être considérée comme un tout, qui se prescrit dans son ensemble. Le raisonnement selon lequel chaque jour d'incapacité de travail ferait courir la prescription est erroné. Ce délai part de la réalisation de l'événement à l'origine de l'obligation de la compagnie d'assurance (ATF 127 III 268 = SJ 2001 p. 480-481).

- 2.2. Selon l'art. 135 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 LCA, la prescription est interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (ch.1) et lorsque le créancier

fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou par une citation en conciliation.

Des actes autres que ceux-là n'interrompent pas la prescription; c'est ainsi que l'ayant droit ne peut pas se contenter de s'adresser à l'assureur par écrit, de demander une expertise ou de proposer une transaction. L'exception de prescription est toutefois abusive si l'assureur a empêché l'ayant droit de faire valoir à temps sa prétention par un comportement tel qu'il était de nature à entraîner cette conséquence; dans ce sens il faut admettre que l'exception de prescription est contraire à la bonne foi si, par son attitude, l'assureur a éveillé chez le créancier l'opinion qu'une action ou une poursuite n'est pas nécessaire (VIRET, Droit des assurances privées, p. 136). Il n'en est autrement que si l'assureur a nettement fait comprendre au créancier, assez longtemps avant l'expiration du délai, que les pourparlers engagés ne devaient pas le libérer d'agir dans le délai d'action (ATF 74 II 91 = JdT 1948 I 597).

2.3. En l'espèce, il ressort de la police d'assurance établie le 15 avril 1999 et des conditions générales 1992 applicables au contrat que la prestation de l'assurance est due après un délai d'attente de 60 jours à compter du «jour de l'incapacité de travail, au plus tôt cependant trois jours avant la première consultation médicale», le début de l'incapacité devant être constaté par un médecin (art. 15 conditions générales, pce 6 déf.). En application de la jurisprudence fédérale précitée, le délai de prescription court du jour de l'échéance de 60 jours dès l'incapacité de travail constatée médicalement, soit en l'espèce, dès le 20 mars 2000, comme l'a retenu le Tribunal.

A cet égard, le courrier du 18 janvier 2001 de l'assurance concerne exclusivement le respect par l'assurée de ses obligations d'information. En effet, l'assurance fait expressément référence à l'art. 33.4 de ses conditions générales (version 1992), en indiquant qu'elle refuse ses prestations pour la période antérieure au 15 octobre 2000, du fait que la déclaration d'incapacité lui parvenait tardivement. Dans un tel contexte, l'indication de l'assurance selon laquelle elle considérait que la lettre de l'appelante du 15 décembre 2000 valait déclaration pour son incapacité de travail à compter du 15 octobre 2000 signifie uniquement que la période d'incapacité antérieure ne pourra être couverte par l'assurance, dès lors que l'appelante n'avait pas respecté ses obligations d'informations. Une telle déclaration n'a en revanche pas pour effet de déplacer le début de l'incapacité de travail constatée médicalement, qui fait partir le délai de prescription.

Ce délai de prescription de deux ans n'a en outre pas été interrompu en temps utile. En effet, l'appelante indique elle-même, dans son acte d'appel, qu'elle n'a jamais soutenu que le courrier de l'assurance du 18 janvier 2001 valait reconnaissance de dette ou renonciation à la prescription, ce qui n'est

effectivement pas le cas, l'assurance ayant toujours contesté devoir une quelconque prestation en faveur de l'appelante. En outre, par son courrier du 18 janvier 2001, l'assurance ne faisait que contester devoir verser des indemnités pour la période d'incapacité antérieure au 15 octobre 2000, indiquant devoir se déterminer pour le surplus, après consultation des médecins traitants de l'intimée.

Ainsi, la prescription était atteinte le 20 mars 2002, soit avant que l'appelante ne forme une réquisition de poursuite le 18 avril 2002.

L'appelante ne soutient pas qu'elle aurait été empêchée, sans faute de sa part, de réclamer en justice, avant l'échéance du délai de prescription, les prestations d'assurance litigieuses. Un tel argument ne saurait de toute manière être admis. En effet, l'assurance a manifesté clairement par courrier du 23 avril 2001, soit presque une année avant l'expiration du délai de prescription, qu'elle refusait toute prestation en faveur de l'appelante et se départait du contrat, aucun pourparler transactionnel n'ayant alors été entamé entre les parties. L'intimée a encore refusé, par courrier du 6 juin 2001, adressé à Z , de rétablir la police d'assurance concernant l'épouse de ce dernier, date à laquelle le droit de celle-ci n'était pas périmé. En conséquence, il faut considérer qu'en laissant s'écouler plus d'une année au moins depuis la connaissance du sinistre avant d'agir en justice, l'appelante a perdu, par sa propre faute, son droit d'agir, ce qui exclut également l'application de l'art. 45 al. 3 LCA.

Dans la mesure où l'action de X est prescrite, il n'y a pas lieu d'examiner si son incapacité de travail était couverte par le contrat d'assurance.

3. L'appel n'est donc pas fondé et le jugement déferé doit être confirmé.

L'appelante, qui succombe, est condamnée aux dépens d'appel, l'indemnité de procédure étant fixée à 2'000 fr. en appel.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

LA COUR :

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté par X contre le jugement JTPI/15556/2004 rendu le 21 décembre 2004 par le Tribunal de première instance dans la cause C/7720/2004-4.

Au fond :

Confirme ce jugement.

Condamne X aux dépens d'appel comprenant une indemnité de procédure de 2'000 fr. à titre de participation aux honoraires d'avocat de LA Y COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Siégeant :

Madame Martine HEYER, présidente; Monsieur François CHAIX, Monsieur Daniel DEVAUD, juges; Madame Nathalie DESCHAMPS, greffière.

La présidente :

Martine HEYER

La greffière :

Nathalie DESCHAMPS