

COUR DE CASSATION CIVILE

Président : M. François Delachaux
Juges : M. Niels Sörensen
Mme Jeanine de Vries Reilingh
Greffier : M. Camillo Bozzi

ARRET DU 26 AVRIL 2010

Vu le recours interjeté le 14 septembre 2009 par **A.**, à _____, représentée par Me Marino Montini, avocat à Neuchâtel, contre le jugement sur moyen séparé rendu par le Tribunal civil du district du Val-de-Ruz le 14 août 2009, dans la cause qui oppose la recourante à **X. ASSURANCES**, à _____,

vu le dossier,

d'où résultent les **faits** suivants :

A. Au mois de mars 2003, A. a conclu un contrat d'assurance portant sur des indemnités journalières pour perte de gain avec X. Assurances. Le contrat était régi par les conditions générales d'assurance établies par l'assureur dans leur version du 1^{er} août 2000 (ci-après les CGA). Les indemnités journalières prévues par le contrat se montaient à 92 francs dès le 1^{er} février 2003 et le délai d'attente était de 30 jours. La couverture de l'assurance était donnée pour 730 jours au maximum sur 900 jours. Les primes s'élevaient mensuellement à 128 francs.

B. En date du 21 décembre 2004, X. Assurances a reçu un certificat médical du médecin traitant de A., lequel attestait d'une incapacité de travail totale pour cause de

maladie dès le 10 novembre 2004. Par courrier du 7 janvier 2005, X. Assurances a informé l'assurée qu'elle ne lui verserait aucune indemnité journalière, dès lors que l'annonce du cas ne répondait pas aux exigences fixées dans les CGA. Toutefois, après que A. avait envoyé les documents demandés par l'assureur, ce dernier a accepté d'examiner le cas qui lui était présenté. Le 4 février 2005, X. Assurances a annoncé à son assurée qu'il ressortait des pièces transmises qu'elle ne subissait aucune perte de revenu. En effet, son droit aux prestations de chômage était épuisé et son contrat de travail en tant que nettoyeuse chez Entreprise B. avait pris fin avant qu'un éventuel droit aux indemnités journalières ne soit ouvert. Enfin, le contrat de conciergerie qu'elle assumait avec son mari n'attestait pas non plus d'une perte de gain étant donné que, selon les renseignements de C., le salaire relatif audit contrat était entièrement versé, indépendamment de l'incapacité de travail. Partant, elle n'avait pas droit à des indemnités journalières.

Par l'intermédiaire de son mandataire de l'époque, A. a requis de l'assureur qu'il revoie sa position car selon elle, l'assurance conclue était une assurance de somme et une perte de gain effective n'était ainsi pas nécessaire pour bénéficier des prestations prévues par le contrat. Au surplus, elle subissait effectivement une perte de revenu puisque son contrat de conciergerie prévoyait qu'en cas d'incapacité de travail, l'employée devait pourvoir, à ses frais, à son remplacement. Elle informait également son assureur que le contrat avait désormais été mis à son nom seul.

C. Le 12 mai 2005, X. Assurances a confirmé sa position. Elle a fait valoir que le contrat portait sur une assurance de dommage et que partant, seule une perte de gain effective ouvrait le droit aux prestations. Toutefois, elle a reconnu que A. subissait une perte de revenu en relation avec le contrat de conciergerie, mais uniquement à hauteur de la moitié du revenu brut, soit 287.40 francs, dès lors qu'elle assumait cette activité avec son mari.

La position respective des parties a été confirmée dans un échange ultérieur de courriers.

D. Le 14 novembre 2006, X. Assurances a fait parvenir à A. un courrier concernant "le détail de [son] droit aux indemnités journalières" et l'informait que l'assurance perte de gain serait résiliée au 30 novembre 2006 dès lors qu'elle avait "épuisé [son] droit aux indemnités journalières" à la fin du mois. Le document récapitulait en outre les périodes d'incapacité de travail prises en compte.

E. Durant l'année 2007, X. Assurances a réclamé à l'assurance-invalidité le montant des indemnités versées, A. ayant été mise au bénéfice d'une rente.

F. Le 31 octobre 2007, par l'intermédiaire d'un nouveau mandataire, A. a réclamé à son assureur un montant total de 21'804.95 francs au titre d'indemnités journalières, compte tenu de sa rente d'invalidité. X. Assurances est restée sur sa position.

G. A., par son mandataire actuel, a requis, en date du 4 juin 2008, de X. Assurances le versement de 70'000 francs correspondant aux indemnités journalières, augmentées d'un intérêt et d'une participation aux frais de recouvrement. L'assureur a rejeté ces prétentions, réaffirmé sa position et précisé que selon l'article 46 de la loi sur le contrat d'assurance (ci-après LCA), les créances que l'assurée faisait valoir étaient prescrites.

H. Le 16 juillet 2008, A. a requis la poursuite de son assureur pour un montant de 70'000 francs. X. Assurances a fait opposition au commandement de payer.

I. Le 2 février 2009, A. a déposé une demande en paiement auprès du Tribunal civil du district du Val-de-Ruz dirigée contre X. Assurances. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, au paiement par la défenderesse d'un montant de 60'261.50 francs au titre d'indemnités journalière ainsi que de 1'829.20 francs au titre de participation aux frais et honoraires, le tout avec intérêts. Elle a également demandé que la mainlevée définitive de l'opposition formée au commandement de payer soit prononcée. En substance, elle a fait valoir un droit aux indemnités journalières correspondant à 92 francs pour 730 jours. Selon elle, l'assurance conclue au mois de mars 2003 était une assurance de somme et par conséquent, le risque, soit la maladie, a déclenché son droit aux prestations sans qu'il ne soit nécessaire que d'autres conditions, comme une perte de gain effective, soient réalisées. Elle a en outre allégué que la prescription n'était pas atteinte au regard de la jurisprudence fédérale.

Dans sa réponse, la défenderesse a soulevé l'exception de la prescription. Selon elle, le délai biennal de l'article 46 LCA a commencé à courir le jour de l'incapacité de travail de son assurée, soit le 10 novembre 2004 et s'est donc terminé le 10 novembre 2006. Aucun acte interruptif de prescription n'ayant eu lieu durant cette période, les prétentions étaient prescrites. Concernant la question de la nature de l'indemnité journalière et au vu des termes utilisés par les CGA, X. Assurances a allégué qu'il s'agissait bien d'une assurance de dommage et que partant, le versement des

prestations dépendait d'une perte de gain effective. La défenderesse a conclu au rejet de la demande et à la confirmation par l'autorité de sa position.

J. Lors de l'audience du 7 mai 2009, la conciliation a échoué et les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. En accord avec les parties, le Tribunal a déclaré qu'un jugement sur moyen séparé serait rendu et a octroyé aux parties un délai afin de présenter des conclusions en cause relatives à la prescription.

K. Dans ses conclusions en cause, la demanderesse a soutenu que la prescription n'était pas acquise. Le dies a quo du délai de l'article 46 LCA correspondait à la date de l'incapacité de travail médicalement attestée, augmentée du délai d'attente de trente jours. Le délai biennal avait donc commencé à courir le 10 décembre 2004. Selon A., la prescription avait été interrompue par le courrier de la défenderesse du 14 novembre 2006, de sorte qu'un nouveau délai de deux ans avait commencé à courir dès cette date. La poursuite introduite le 16 juillet 2008 avait une nouvelle fois fait courir un délai de deux ans. Dès lors, les prétentions de la demanderesse n'étaient pas prescrites.

La défenderesse a repris les arguments développés dans sa réponse.

L. Par jugement sur moyen séparé du 14 août 2009, le Tribunal civil du district du Val-de-Ruz a rejeté la demande en paiement du 2 février 2009 pour cause de prescription. Il a considéré qu'en matière d'assurance d'indemnités journalières pour perte de gain, le dies a quo du délai biennal était déterminé en fonction de la date de l'incapacité de travailler médicalement attestée et du délai d'attente prévu par le contrat d'assurance. En effet, ce n'est qu'à la réalisation de ces deux conditions que naît l'obligation de l'assureur de verser des prestations. Il a retenu que ce délai n'avait pas été interrompu, le courrier du 14 novembre 2006 ne pouvant être considéré comme une reconnaissance de dette au sens de l'article 135 CO. Il a laissé ouverte la question de savoir si le courrier du 12 mai 2005 de la défenderesse avait interrompu la prescription, dès lors que la poursuite n'avait été introduite que le 16 juillet 2008, soit hors d'un nouveau délai qui serait échu le 12 mai 2007. La prescription était dès lors acquise.

M. A. se pourvoit en cassation contre ce jugement dont elle demande l'annulation. Elle conclut principalement, sous suite de frais et dépens, à ce que la Cour de céans "statue au sens des considérants", subsidiairement au renvoi de la cause au premier juge pour nouveau jugement au sens des considérants.

Le président du Tribunal civil du district du Val-de-Ruz ne formule pas d'observations et conclut au rejet du recours. Dans ses observations, X. Assurances

maintient que la créance est prescrite. Elle conclut principalement au rejet du recours et à la constatation de la prescription de l'action, subsidiairement au rejet de la demande en paiement. A l'appui de ses observations, elle dépose un bordereau de pièces littérales.

CONSIDERANT

1. a) Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

b) L'intimée est une caisse-maladie reconnue au sens de l'article 12 de la loi sur l'assurance-maladie (ci-après LAMAL) et est donc admise à pratiquer des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale du type dont découlent les prestations litigieuses (art.12 al.2 LAMAL). En effet, les assurances complémentaires visées par cette disposition peuvent comprendre aussi bien les assurances pour les séjours hospitaliers en division privée ou semi-privée que les assurances d'indemnités journalières, voire d'autres prestations ne relevant pas de l'assurance obligatoire (arrêt du Tribunal fédéral du 24 janvier 2000, référencé K 94/99, cons.3b). Les contestations relatives aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMAL sont soumises aux règles de la loi d'introduction de la LAMAL (ci-après LILAMAL, cf. art.43 LILAMAL), de son règlement et de ses arrêtés.

Selon l'article 12 de l'arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociales et aux assurances complémentaires (RSN 821.105), la Cour de cassation civile statue avec un plein pouvoir d'examen lorsque la valeur litigieuse permet un recours en réforme au Tribunal fédéral. Cette disposition, toujours formellement en vigueur, n'est plus compatible avec le droit fédéral, qui ne connaît plus le recours en réforme depuis le 1er janvier 2007. Dans le nouveau système, le recours en matière civile est ouvert lorsque la valeur litigieuse est de 30'000 francs au moins ou si la contestation soulève une question juridique de principe (art.74 de la loi sur le Tribunal fédéral). Tel est le cas en l'espèce. Cela ne signifie toutefois pas que la Cour de cassation civile administre de nouvelles preuves (**Bohnet**, CPCN annoté, com. ad art. 415 al.1b n°10, p.640). Partant, les pièces déposées par l'intimée en annexe à ses observations ne sont pas recevables. Il convient de les lui restituer.

2. a) Selon l'article 46 alinéa 1 LCA, applicable à défaut de convention contraire plus favorable à l'assuré, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Cette disposition institue une prescription au sens des articles 127 ss CO (**Maurer**, Privatversicherungsrecht, p.392). Elle constitue une *lex specialis* qui déroge au droit commun, soit aux articles 60 et 130

CO, et est seule applicable (**Carré**, La loi sur le contrat d'assurance, p.323). Le dies a quo de cette prescription est la date "du fait d'où naît l'obligation". Comme le rappelle à juste titre le premier juge, l'obligation visée par l'article 46 alinéa 1 LCA est celle de l'assureur de verser les prestations convenues à raison de l'événement assuré; le fait qui lui donne naissance est en principe la survenance du sinistre - ou du cas d'assurance. Le "fait d'où naît l'obligation" varie également selon les diverses catégories d'assurances et le type de prétention en cause. C'est ainsi qu'il ne se confond pas avec la survenance du sinistre lorsque cet événement ne donne pas à lui seul droit à la prestation de l'assureur, laquelle n'est due que si le sinistre engendre un autre fait précis, à savoir: dans l'assurance accident, le décès ou l'invalidité et, dans l'assurance de responsabilité civile, la détermination de la dette de l'assuré envers le lésé. Tel n'est cependant pas le cas pour l'assurance casco partielle, ni pour l'assurance vol ou l'assurance incendie: c'est la survenance du sinistre lui-même, soit l'endommagement ou la destruction de l'objet assuré, soit le vol de celui-ci, qui ouvre le droit aux prestations de l'assureur et, en conséquence, fait courir la prescription (arrêt du Tribunal fédéral du 23 mars 2005, référencé 5C.237/2004, cons.2.2). On constate dès lors que le point de départ du délai de prescription est le moment où sont établis les éléments de fait qui fondent l'obligation pour l'assureur de fournir les prestations.

Selon la jurisprudence, en matière d'indemnités journalières en cas de maladie, si le contrat d'assurance prévoit que les prestations sont dues en cas d'incapacité de travail attestée par un médecin à l'expiration d'un délai d'attente, ce n'est que lorsque ces deux éléments sont établis, que l'obligation pour l'assureur de verser les prestations prend naissance et que le délai de prescription commence à courir (ATF 127 III 268, cons.2b, JdT 2002 I 179).

b) En l'espèce, les conditions de prestations d'assurance (article 8.2 des CGA) prévoient que l'indemnisation de l'incapacité de gain ne pourra avoir lieu qu'après réception d'un certificat médical intermédiaire ou final et que les prestations seront octroyées dès l'expiration du délai d'attente convenu. Le certificat attestant de l'incapacité totale de travailler de A. est daté du 10 novembre 2004. Il n'est pas contesté que le délai d'attente applicable au contrat de la recourante est de trente jours. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée et en accord avec le premier juge, le point de départ du délai de prescription de deux ans est le 10 décembre 2004.

3. La recourante reproche à l'autorité inférieure d'avoir faussement appliqué le droit en retenant que le délai de prescription n'avait pas été interrompu par le courrier du 14 novembre 2006. Est donc litigieuse la question de savoir si cette déclaration de

l'assurance constitue ou non une reconnaissance de dette interruptive de la prescription au sens de l'article 135 alinéa 1 CO, applicable en vertu de l'article 100 LCA (SJ 1999 p.430 cons.4a et les références citées).

a) Selon l'article 135 alinéa 1 CO, la prescription est interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette, notamment en payant des intérêts ou des acomptes, en constituant un gage ou en fournissant une caution. Elle est aussi interrompue 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.

La reconnaissance de dette est la manifestation par laquelle le débiteur (ou son représentant) exprime au créancier (ou à son représentant) qu'il a conscience d'être tenu envers lui par une obligation juridique déterminée. Pour avoir un effet interruptif, la reconnaissance ne doit pas nécessairement être faite par le débiteur dans le dessein d'exprimer sa volonté de s'obliger, ni d'interrompre la prescription ; elle ne présuppose pas que le débiteur ait la volonté d'interrompre la prescription (ATF 134 III 591, cons.5.2.1, SJ 2009 I 166). Il suffit qu'il manifeste sa conviction que la dette existe encore. La reconnaissance doit ressortir des déclarations du débiteur, orales ou écrites, interprétées, le cas échéant, selon le principe de la confiance, ou d'actes concluants (arrêts du Tribunal fédéral du 27 février 2004 et du 17 juin 2002, référencés 5C.112/2003, cons.4.1, respectivement 5C.41/2002, cons.2.1 et références citées, voir aussi **Pichonnaz**, Commentaire romand, com. ad art.135 n° 7 ss et 26 ss). L'effet interruptif de la prescription a lieu lorsque le débiteur reconnaît la dette dans son principe, peu importe qu'il soit dans l'incertitude quant à son montant ; la reconnaissance n'a pas à se rapporter à une somme déterminée (ATF 119 II 368, cons.7a). Si le débiteur n'articule pas de chiffre, la reconnaissance s'étend au montant qui s'avère dû au regard de l'obligation reconnue et, s'il indique en revanche un montant déterminé, celui-ci constitue la limite supérieure de sa volonté de reconnaissance (arrêt du Tribunal fédéral du 17 juin 2002, référencé 5C.41/2002, cons.2.1). Le Tribunal fédéral a encore précisé dans l'arrêt 134 III 591 précité, considérant 5.2.2, que le fait que le montant effectivement dû ne soit pas déterminé ou qu'il soit contesté n'exclut pas une reconnaissance de dette. La prescription est également interrompue si le principe de la dette est reconnu, alors que sa quotité est simultanément contestée.

b) Dans un premier temps, X. Assurances a refusé d'entrer en matière sur les prétentions de son assurée au motif que l'annonce ne respectait pas les modalités prévues par les CGA. Acceptant ensuite d'examiner le cas, l'intimée a fait savoir à A.

qu'elle ne remplissait pas les conditions nécessaires à la couverture d'assurance car elle ne subissait aucune perte effective de revenu. L'intimée a donc d'abord contesté tout droit aux prestations. En date du 12 mai 2005, suite à un courrier du mandataire de la recourante, X. Assurances a en revanche reconnu que cette dernière subissait une perte de gain concernant son emploi de concierge et par conséquent a procédé à l'indemnisation y relative. La question de la nature de cette correspondance peut en l'espèce demeurer ouverte.

En effet, il convient d'admettre que l'écrit de l'assureur du 14 novembre 2006 constitue une reconnaissance de dette au sens de l'article 135 alinéa 1 CO. Même si l'intimée n'avait peut-être pas la volonté d'interrompre la prescription, cet élément est indifférent puisqu' est déterminant le fait pour l'intimée d'avoir admis la dette dans son principe. Tel est bien le cas, dans la mesure où le document litigieux mentionne à plusieurs reprises un "droit aux indemnités journalières" ou un "droit aux prestations" et où le nombre de jours donnant droit à des prestations est décompté, l'assureur fournissant à son assurée "le détail de [son] droit aux indemnités journalières". A cette date, l'assureur avait ainsi bien conscience d'être tenu envers l'assurée d'une obligation juridique déterminée, soit le paiement d'indemnités journalières durant 730 jours dès le 10 novembre 2004. Dès lors, X. Assurances a reconnu à A. un droit aux prestations et par-là, son obligation de lui verser des indemnités journalières. Cette reconnaissance de dette ne se réfère à aucun montant déterminé. En vertu de la jurisprudence précitée, elle s'étend donc au montant qui s'avérera dû, pour autant que les conditions de couverture de l'assurance indemnités journalières pour perte de gain soient remplies. Le fait que l'intimée conteste la quotité de son obligation n'exclut pas la reconnaissance de cette dernière dans son principe. C'est donc à tort que le premier juge a considéré que le courrier du 14 novembre 2006 ne valait pas reconnaissance de dette. Il a retenu comme élément déterminant le fait que le document excluait tout droit à des prestations au-delà du 30 novembre 2006 et qu'il ne contenait aucune trace de l'intention de l'assureur de vouloir verser des montants supplémentaires si certaines conditions étaient remplies. Toutefois, comme on l'a vu ci-dessus, c'est bien la question de la reconnaissance des prestations dans leur principe qui est déterminante et non leur quotité. Or en l'espèce, l'assureur ayant fait un décompte du nombre de jours donnant droit à des prestations, il en a reconnu le principe. Au surplus, l'intimée n'a pas dit estimer s'être acquittée de la dette dans son entier (de fait, elle n'avait rien payé). La recourante pouvait donc raisonnablement penser que l'assureur "ne considérait pas l'affaire comme liquidée et estimait devoir encore quelque chose" (ATF du 7 juin 1979, publié in SJ 1980 p.116,118).

Le délai biennal qui a débuté le 10 décembre 2004 a donc été interrompu par le courrier de l'intimée du 14 novembre 2006, lequel a fait partir un nouveau délai de prescription de deux ans. Ce dernier se terminant le 14 novembre 2008, la réquisition de poursuite du 16 juillet 2008 l'a valablement interrompu. Les prétentions de A. n'étaient ainsi pas prescrites au moment de l'introduction de la demande du 2 février 2009.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et le jugement dont est recours annulé. Il convient de renvoyer la cause à l'autorité précédente afin qu'elle tranche le litige quant au fond.

4. L'autorité de céans statue sans frais, la procédure étant gratuite (art.13 al.1 de l'arrêté fixant la procédure en matière de contestations relative à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires). En revanche, il se justifie qu'une indemnité de dépens en faveur de la recourante soit mise à la charge de l'intimée.

Par ces motifs,

LA COUR DE CASSATION CIVILE

1. Admet le recours, annule la décision sur moyen séparé du 14 août 2009 rendue par le Tribunal civil de district du Val-de-Ruz et lui renvoie la cause pour jugement sur le fond.
2. Statue sans frais.
3. Ordonne la restitution des pièces produites à l'appui des observations de l'intimée.
4. Met les frais judiciaires de deuxième instance, avancés par la recourante par 660 francs, à la charge de l'intimée.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de dépens de 600 francs.

Neuchâtel, le 26 avril 2010

AU NOM DE LA COUR DE CASSATION CIVILE

Le greffier

L'un des juges

Expédition :

- à la recourante A., par Me Marino Montini, avocat à Neuchâtel
- à l'intimée X. Assurances, à _____
- au Tribunal civil du district du Val-de-Ruz (PE.2009.8)
- au dossier
- à la minute

INDICATION DES VOIES DE RECOURS

Un recours au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, peut être interjeté contre la présente décision dans les trente jours dès sa notification.

Le recours en matière civile est possible aux conditions des articles 72 à 77 et 90 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF; Recueil systématique 173.110).

L'article 74 LTF prévoit en particulier ce qui suit :

¹ Dans les affaires pécuniaires, le recours n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à :

- a. 15 000 francs en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer;
- b. 30 000 francs dans les autres cas.

² Même lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, le recours est recevable :

- a. si la contestation soulève une question juridique de principe;

(...)

Un recours constitutionnel est également possible en application des articles 113 à 119 et 90 ss LTF.