

NE_GERICHTE CACIV.2020.7 vom 4. Mai 2020

NE Tribunal cantonal, 2020-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CACIV.2020.7

FR: NE_GERICHTE CACIV.2020.7 du 4 mai 2020

IT: NE_GERICHTE CACIV.2020.7 del 4 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

_____ SA, pour un salaire assuré annuel de 84'000 francs, en perte de gain en cas de maladie, sous la forme d'indemnités journalières (assurance de sommes) durant 730 jours moins le délai d'attente de 30 jours. B. En 2011, A. _____ a subi deux accidents qu'il décrit lui-même comme suit. Lors du premier d'entre eux, « [a]u mois de juin 2011, alors qu'il se promenait en famille, le demandeur a voulu enjamber une barrière mais a glissé en se réceptionnant sur la jambe gauche, se tordant gravement le genou gauche en voulant éviter de chuter ». Lors du deuxième accident, survenu le 8 décembre 2011, « le demandeur, dans le cadre de son travail, a perdu l'équilibre alors qu'il se trouvait sur une échelle de chantier et a dû sauter pour éviter la chute, d'une hauteur d'environ

E. 2

mètres, ne parvenant quasiment plus à marcher juste après la réception, en raison de douleurs au genou gauche».

A. _____ a, suite à l'événement du 8 décembre 2011, été en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 3 avril 2012, puis à 75 % du 4 au 18 avril 2012 et finalement à 50 % du 19 au 24 avril 2012.

Le

E. 3

Arrête les frais de la cause, avancés par A. _____, à CHF 7'447.00, comprenant CHF 400.00 de frais pour la procédure de conciliation, et condamne X1 _____ SA à les rembourser au prénommé.

E. 4

Condamne X1 _____ SA à verser A. _____ une indemnité de dépens de CHF 10'000.00 ».

Le premier juge a constaté que A. _____ ne prétendait plus que son incapacité de travail était imputable à une maladie ; qu'il ne soutenait par ailleurs plus, à juste titre, que son arrêt de travail résultait des événements de juin et décembre 2011, se fondant pour cela sur l'avis émis par l'expert (lequel relevait que ces deux événements avaient déclenché des douleurs d'une arthrose préexistante qui était jusqu'à ce moment-là cliniquement asymptomatique, renvoyant pour les causes de ces douleurs à une arthrose post-traumatique du genou provoquée par la grave entorse du genou avec déchirure du ligament croisé antérieur en 1993) ; qu'aucun des praticiens qui s'étaient prononcés n'avait soutenu que les lésions subies par A. _____ résulteraient des événements de 2011. Se penchant ensuite sur la question de savoir lequel des assureurs devrait, le cas échéant, prendre le cas

en charge, le premier juge a constaté que B. _____ répondait des obligations découlant de la police no x.xxx.xxx, dont la prise d'effet remontait au 1er juillet 1999. Parallèlement, la police no a.aaa.aaa avait été «annulée» avec effet au 31 décembre 1999, le rapport d'assurance issu de cette police ne s'étant dès lors par poursuivi sans discontinuer avec la police no x.xxx.xxx. Il était peu clair de savoir à partir de quand la perte de gain avait été couverte par la police no x.xxx.xxx. Le premier juge en a déduit que B. _____ faisait valoir à bon droit n'être pas obligée par la police X. _____/B. _____ x.xxx.xxx à raison des suites du traumatisme de 1993. La demande, en tant qu'elle était dirigée contre B. _____ était donc rejetée. Pour sa part, X1 _____ SA répondait des obligations découlant de la police no a.aaa.aaa, qui a couru jusqu'au 31 décembre 1999. L'assureur reste en effet tenu, même après la fin du contrat, de fournir la couverture d'assurance prévue, pour autant que le sinistre assuré (qui est à distinguer des effets dommageables du sinistre, qui peuvent se manifester plus tard) soit survenu pendant la durée du contrat. Or l'expertise du Dr F. _____ a retenu que les douleurs ressenties par A. _____ en 2011, avec l'incapacité de travail et les soins médicaux qui ont suivi, étaient en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident de ski de 1993. Le degré de vraisemblance prépondérante était «largement atteint». Le premier juge a encore constaté que X. _____ SA ne semblait plus se prévaloir du délai de péremption de 5 ans dès l'accident prévu par les conditions générales d'assurances mais qu'en revanche elle invoquait le délai de prescription de deux ans de l'article 46 LCA. Ce moyen, soulevé seulement au stade des plaidoiries, hors d'une procédure soumise à la maxime inquisitoire sociale, était ici tardif. Par ailleurs, ledies a quode ce délai de deux ans de l'article 46 LCA ne pouvait quoi qu'il en soit pas être fixé à la date de l'accident de ski de 1993, puisque le point de départ du délai de prescription n'est en aucun cas antérieur au moment où l'incapacité de travailler a surgi et où est née l'obligation de prester de l'assureur. Or à teneur des certificats médicaux déposés, l'arrêt de travail de A. _____ a débuté le 9 décembre 2011, alors que la renonciation de X1 _____ SA à se prévaloir de la prescription remonte au 30 août 2013. La prescription n'était dès lors pas atteinte au moment où cette déclaration a été faite. Finalement, le premier juge a ajouté que le délai de péremption de cinq ans invoqué par X1 _____ SA ne pourrait en toute hypothèse pas être plus favorable à l'assureur que ne l'est celui de l'article 46 LCA puisque, si la péremption est admissible dans son principe en droit des assurances privées, elle ne permet pas de priver le preneur du délai minimal garanti par l'article 46 LCA (lequel a commencé à courir le 9 décembre 2011). Les certificats médicaux d'incapacité de travail n'étant pas discutés, pas plus que le décompte des jours à indemniser, le premier juge a alloué à A. _____ sa conclusion alternative no 2.

J.Le 22 janvier 2020, X1 _____ SA appelle du jugement précité en prenant les conclusions suivantes :

« 1. Annuler le jugement dont est recours (recte : appel).

Principalement :

2. Statuant au fond, rejeter la demande de A. _____, en tout (recte : tant) qu'elle est dirigée contre X1 _____ SA, en toutes ses conclusions.

Subsidiairement :

3. Renvoyer la cause au Tribunal civil pour nouvelle décision et rejet de la demande de A. _____ en tout (recte : tant) qu'elle est dirigée contre X1 _____ SA.

En tout état de cause :

4. Avec suite de frais et dépens ».

L'appelante considère que, contrairement à ce qu'a retenu le premier juge, elle s'est bien prévalu en temps utile de la prescription de l'article 46 LCA puisqu'elle a invoqué, en particulier dans sa réponse du 7 juillet 2014, «l'écoulement du temps pour refuser ces prestations», «[l]a qualification juridique que l'on donne à cette échéance, prescription ou péremption, en raison du temps qui passe [étan]t indifférente». Il s'agissait ensuite d'une question de droit, traitée d'office par le tribunal, que de dire s'il s'agissait de péremption ou de prescription et d'en fixer le délai. Exposant différents avis doctrinaux, l'appelante soutient que le départ du délai de deux ans se confond avec l'élément qui déclenche pour chaque assurance le devoir de prestation de l'assureur, soit la «Leistungspflicht». En matière d'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a déterminé que la prescription courait à partir du moment où le bénéficiaire de la prestation était conscient de son état et avait une connaissance sommaire de la prétention. L'appelante en déduisait ce qui suit : «Si donc l'incapacité de travail de juin 2011 est à rapporter à l'accident du 3 janvier 1993, la prescription sera atteinte à cette même date en 1995, ou au plus tard deux ans après la fin du versement des prestations en relation avec cet accident, soit in casu le 31 mai 1993, entraînant une prescription des prestations dès le 31 mai 1995». Ainsi, sauf nouvel accident survenu avant le 31 décembre 1999, date de l'échéance de la police d'assurance, ou avant les conséquences certaines et hautement probables après cette date mais en relation avec l'accident, X1_____ SA n'est plus liée par la police LLAC a.aaa.aaa/2. A défaut et selon l'appelante, «il suffirait à un assuré de subir une rechute tous les 2 ans pour être assuré ad aeternam, sans même payer de primes et sans qu'une police d'assurance soit en cours de validité», créant ainsi une insécurité juridique intolérable. Finalement, l'appelant «se demande bien pourquoi le cas n'a pas été pris en charge par l'assurance accident de A._____ au moment où il s'est à nouveau blessé en 2011». Elle soutient que les événements en question (torsion du genou, chute d'une échelle) constituent clairement des accidents.

K.Par réponse et appel joint du 25 février 2020, A._____ prend les conclusions suivantes :

« 1. Rejeter l'appel principal de la défenderesse no2

Principalement :

2. Accueillir l'appel joint et, par conséquent, réformer le chiffre 1 du dispositif du jugement du 5 décembre 2019 de la façon suivante : Condamne X1_____ SA à payer à A._____ la somme de CHF 30'000. plus intérêts à 5% l'an dès le 3 septembre 2012

Subsidiairement :

3. Condamner B._____ AG à verser à A._____ la somme de 30'000. plus intérêts à 5% l'an dès le 31 juillet 2012

En tout état de cause :

4. Avec suite de dépens, à hauteur de CHF 2'620.55 (CHF 2'212+10%+7.7%), selon time-sheet annexé des opérations ».

Au titre de l'appel joint, A._____ conteste le point de départ des intérêts, fixé par le premier juge à la date d'introduction de la requête de conciliation, soit le 9 décembre 2013.

Il soutient avoir mis en demeure X1 _____ SA par son courriel du 3 septembre 2012. C'est donc à compter de cette date que le capital de 30'000 francs doit porter intérêt. Plus subsidiairement, la date à retenir est celle du 16 octobre 2012, soit celle du refus de X1 _____ d'entrer en matière sur ses prétentions, une nouvelle mise en demeure n'était alors plus nécessaire. Encore plus subsidiairement, la date à retenir pourrait être le 5 novembre 2013, soit lorsque X. _____ SA a été clairement mise en demeure de prêter, au même titre que B. _____. Finalement, si la Cour d'appel devait arriver à la conclusion que B. _____ devait prendre en charge le cas, en particulier si l'on devait considérer que les événements de juin et décembre 2011 étaient des accidents en lien de cause à effet avec l'incapacité de travail de l'appelant joint, il conviendrait de condamner B. _____ au paiement du capital de 30'000 francs, plus intérêts. Le point de départ de ceux-ci serait alors fixé au 31 juillet 2012, puisqu'à cette date B. _____ refusait toute prise en charge du cas, ce qui rendait une mise en demeure inutile.

L. Le 27 février 2020, B. _____ a sollicité la prolongation du délai de réponse). Il lui a été répondu le 28 février 2020 que, le délai de réponse étant un délai légal, il ne pouvait être prolongé.

M. Par ordonnance du 11 mars 2020, la réponse et appel joint a été notifiée à l'appelante et à B. _____.

N. Le 27 mars 2020, X. _____ SA a indiqué n'avoir pas d'observations particulières à formuler et s'en référer intégralement à son appel du 22 janvier 2020.

O. B. _____ ne s'est pas déterminée et il n'y a pas lieu à statuer sur sa demande de prolongation du délai, puisque l'issue de la cause lui est favorable.

C O N S I D E R A N T

1. a) Interjeté dans le délai légal de 30 jours, compte tenu des fêtes judiciaires, l'appel est recevable sous cet angle.

b) On peut très sérieusement s'interroger sur la recevabilité de l'appel au regard de l'exigence de motivation ancrée à l'article 311 al. 1 CPC. Cette exigence implique en effet l'obligation pour l'appelant de reprendre la démarche du premier juge en mettant le doigt sur les failles de son raisonnement et de démontrer en quoi ce raisonnement serait erroné. En effet, même si l'instance d'appel applique le droit d'office (art. 57 CPC), le procès se présente différemment en seconde instance, vu la décision déjà rendue. L'appelant doit donc discuter au moins de manière succincte les considérants du jugement qu'il attaque et tenter de démontrer que sa thèse l'emporte sur celle de la décision attaquée (arrêts du TF du 27.08.2012 [5A_438/2012] cons. 2.2 et du 26.06.2014 [4A_97/2014] cons. 3.3, cités dans l'arrêt de la Cour de céans du 11.04.2019, [CACIV.2019.36], cons. 3.b.), ce qui implique que sa critique doit en outre porter sur tous les points déterminants du raisonnement du juge précédent. Or l'appelante se limite ici à dire que le point de départ du délai de deux ans de l'article 46 al. 1 LCAs se confond avec l'élément qui déclenche le devoir de prestation de l'assureur et que cette prescription court dès que le bénéficiaire de la prestation est conscient de son état et a une connaissance sommaire de la prétention. Elle ne dit rien de la question du lien de causalité entre l'événement dommageable et le préjudice, se borne à soutenir que la prescription était atteinte deux ans après l'accident du 3 janvier 1993, ou au plus tard deux ans après la fin du versement des prestations en relation avec cet accident, soit dès le 31 mai 1995, et termine avec une critique toute générale selon

laquelle retenir le contraire impliquerait qu'il «suffirait à un assuré de subir une rechute tous les 2 ans pour être assuré ad aeternam, sans même payer de prime». Pour sa part, le premier juge s'était livré à une analyse de l'application de l'article 46 LCA en fonction du lien de causalité que l'expert a reconnu entre les douleurs, l'incapacité de travail et les soins médicaux nécessités en 2011, d'une part, et l'accident de 1993, d'autre part. L'appelante ne dit pas en quoi cette analyse serait incorrecte. Elle n'expose pas non plus pourquoi l'affirmation du premier juge selon laquelle «[l]'assureur [] reste tenu, même après la fin du contrat, de fournir la couverture d'assurance prévue, pour autant que le sinistre assuré qui est à distinguer des effets dommageables dudit sinistre, lesquels peuvent ne se manifester que plus tard soit survenu pendant la durée du contrat» (jugement, p. 9) serait erronée. En somme, l'appelante ne critique pas ce qui est le cœur du raisonnement du premier juge, soit le considérant 4 du jugement querellé. Et cette critique était pourtant indispensable du point de vue de l'article 311 al. 1 CPC et de la recevabilité de l'appel, tout comme pour en asseoir le bien-fondé, puisque même à supposer que l'on s'en tienne à l'affirmation que «le point de départ du délai de deux ans de l'article 46 al. 1 LCA se confond avec l'élément qui déclenche le devoir de prestation de l'assureur», cela n'évacue pas la question du traitement des conséquences qui se trouvent en lien de causalité avec «l'élément qui déclenche le devoir de prestation de l'assureur» et qui apparaîtraient après le délai de deux ans.

Cela étant, indépendamment de sa recevabilité, l'appel ne peut être que rejeté.

2. Selon l'article 46 al. 1, 1^{ère} phrase LCA, dont les parties ne contestent pas l'application, «[l]es créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation». La question à trancher pour déterminer si l'appelante est tenue à prêter implique de déterminer quel est le «fait d'où naît l'obligation».

Selon la jurisprudence (arrêt du TF du 09.10.2018 [4A_488/2017] cons. 4.1), le moment déterminant le fait d'où naît l'obligation est celui où sont réunis tous les éléments constitutifs fondant le devoir de prestation de l'assureur. Il ne s'agit donc pas nécessairement de la survenance du sinistre, même s'il s'agit de la cause première de l'obligation d'indemniser, une prétention ne pouvant être atteinte par la prescription que si elle a pris naissance. En outre, peu importe le moment où l'assuré en a eu connaissance, dès lors que le point de départ du délai de prescription est fixé de manière objective (ATF 139 III 418 cons. 3 ; arrêt du TF du 16.01.2017 [4A_228/2016] cons. 2.1). Pour déterminer le «fait d'où naît l'obligation», soit le point de départ du délai de prescription, dans le cas concret, il faut donc analyser le contrat conclu par les parties pour en dégager tout d'abord le risque assuré, puis les éléments constitutifs qui doivent être réunis pour que l'assureur ait l'obligation d'indemniser l'assuré en raison de ce risque (arrêt du TF du 26.02.2016 [4A_451/2015] cons. 4.1).

Selon le type d'assurance envisagée, la prestation de l'assureur n'est due que si le sinistre engendre un autre fait précis. Ainsi, en matière d'assurance-accidents, le contrat peut prévoir une couverture en cas d'invalidité; ce n'est alors pas l'accident comme tel, mais la survenance de l'invalidité qui donne lieu à l'obligation de base (grundsätzliche Leistungspflicht) de l'assureur de verser des prestations. Dans ce cas-là, la prescription court donc dès le jour où l'invalidité est acquise, à savoir généralement lorsque les mesures thérapeutiques destinées à conjurer le mal ou, du moins, à limiter les effets de l'atteinte dommageable ont échoué. Il n'est pas nécessaire que le taux d'invalidité soit fixé définitivement; c'est l'invalidité dans son principe, et non dans son ampleur, qui doit être

acquise, sauf si le contrat d'assurance prévoit, par exemple, qu'un taux minimal d'invalidité doit être atteint pour que le cas d'assurance soit réalisé. Peu importe enfin le moment où l'assuré a eu connaissance de son invalidité, le point de départ du délai de prescription de l'art.46al. 1 CO étant fixé de manière objective (arrêt du TF du 16.01.2017 [4A_228/2016] cons. 2.1 et les références citées).

Dans un arrêt du 27 août 2019, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était pertinent, pour les assurances privées, de s'inspirer des principes développés en matière d'assurances sociales (arrêt du TF du 27.08.2019 [4A_328/2018] cons. 5.2.3). En particulier, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables y compris les rechutes et séquelles tardives qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Comme le souligne un auteur (Ackermann, Kausalität, in Unfall und Unfallversicherung, 2009, p. 41), sur le plan dogmatique, les rechutes et séquelles tardives ne sont rien d'autre que les suites directes d'un accident. Elles se distinguent toutefois par le facteur temporel qui complique la preuve. A cet égard, la jurisprudence en matière d'assurances sociales considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve du rapport de causalité naturelle, selon le degré de vraisemblance prépondérante, doivent être sévères. Cela étant, il faut garder à l'esprit que la preuve de la causalité naturelle dépend avant tout des renseignements donnés par les médecins (arrêt du TF du 27.08.2019 [4A_328/2018], cons. 5.2.2 et les références citées).

3. En l'espèce, comme l'a retenu à juste titre le premier juge, sans que l'appelante ne conteste ni même ne discute les conclusions de l'expert, les douleurs et l'incapacité de travail de l'assuré ne sont pas la conséquence des événements de 2011 ; les douleurs, l'incapacité de travail et l'arthroscopie sont uniquement en relation avec le traumatisme de 1993, dont les douleurs constituent une rechute (cf. rapport de l'expert F. _____, qui écrit aussi en p. 5 : «Le traitement en 2012 était donc une rechute de l'accident de 1993», et plus loin «Les deux événements de 2011 ont déclenché des douleurs d'une arthrose préexistante qui était jusqu'à ce moment-là cliniquement asymptomatique. Les deux événements ne sont donc pas la cause des douleurs du genou. Les deux événements ont comme mécanisme commun une compression brusque du compartiment fémoro-rotulien arthrosique, provoqué[e] par un mouvement incontrôlé du genou respectivement par l'atterrissage d'un saut. La cause des douleurs est une arthrose post-traumatique du genou provoqué[e] par une grave entorse du genou en 1993 avec déchirure du ligament croisé antérieur en 1993»). L'expertise établit donc clairement un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de 1993 et les douleurs, l'incapacité de travail et l'intervention en arthroscopie de 2011 et 2012. On relèvera que X1 _____, par la voix de E. _____ pour le Service des sinistres, Assurance de personnes, avait elle-même indiqué le 17 juillet 2013, après avoir soumis «l'ensemble du dossier de A. _____ à [son] service médical», que les lésions dégénératives étaient «bien liées à l'accident». On comprend, par la confrontation de la correspondance du 17 juillet 2013 avec le courrier de X1 _____ du 30 août 2013, que l'accident dont il est question est celui du 3 janvier 1993. En effet,

l'assureur indiquait alors que « [l'intégralité du dossier a été soumis à notre médecin-conseil et ce dernier a confirmé qu'il s'agit des suites de l'événement du 3 janvier 1993 ». L'appelante admet que l'accident de 1993 s'est produit alors que A. _____ était assuré selon la police xxxxxxxxxxxxxxxx. Comme exposé ci-dessus (voir lettre A), cette police a été conclue avec X. _____ SA, devenue ensuite X1 _____ SA. La prestation d'assurance est due si le sinistre (l'accident) entraîne une incapacité de travail, peu importe quand cette incapacité de travail se produit mais pour autant qu'elle soit en lien de causalité, selon la vraisemblance prépondérante, avec le sinistre, soit avec l'accident, qui s'est lui produit durant la période d'assurance. Ainsi, au regard de la jurisprudence précitée, le raisonnement du premier juge ne prête pas le flanc à la critique lorsqu'il retient que l'incapacité de travail subie en 2011 et 2012, ainsi que les frais médicaux nécessaires, sont une conséquence, certes tardive, de l'accident de 1993 et qu'ils doivent être pris en charge par X1 _____ SA, soit par l'assureur qui couvrait A. _____ en perte de gain accident au moment où celui de 1993 s'est produit. Sous cet angle, l'appel doit manifestement être rejeté.

On rappellera encore que la critique toute générale de l'appelante, selon laquelle il « suffirait » à un assuré de subir une rechute tous les deux ans pour être assuré ad aeternam se place en contradiction claire avec la jurisprudence relative aux rechutes et séquelles tardives d'un accident, survenu pendant une période d'assurance donnée, et qui peut conduire à des prestations à exécuter même des années plus tard, pour autant que le préjudice soit la conséquence naturelle et adéquate de l'accident. C'est aussi cette jurisprudence qui explique pourquoi, contrairement aux interrogations de l'appelante, les événements de 2011 n'ont pas été pris en charge par l'assureur qui couvrait alors A. _____, le lien de causalité rattachant justement le préjudice (incapacité de travail et frais médicaux) à l'accident de 1993. Finalement, l'appelante ne critique pas le fait pour le premier juge d'avoir retenu que le délai de cinq ans, tiré de ses conditions générales, ne permettait pas de déroger au délai de prescription de l'article 46 LCA, pas plus qu'elle ne critique le jugement querellé sous l'angle du fait que ce délai, retenu au 9 décembre 2011, une renonciation à invoquer la prescription étant intervenue le 30 août 2013.

4. Dans son appel joint, A. _____ critique le délai retenu par le premier juge s'agissant de l'intérêt moratoire, dont il a fixé la date au moment de l'introduction de la procédure à teneur de l'autorisation de procéder, faute d'une claire mise en demeure antérieure de X1 _____ SA.

a) Aux termes de l'article 41 al. 1 LCA, la créance qui résulte du contrat d'assurance est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA. Le délai de délibération de quatre semaines laissé à l'assureur ne court pas tant que l'ayant droit n'a pas suffisamment fondé sa prétention; tel est par exemple le cas lorsque, dans l'assurance contre les accidents, l'état de santé véritable de l'ayant droit n'est pas éclairci parce que ce dernier empêche le travail des médecins. Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation, ou, en cas d'ouverture d'une action en

justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur. Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêt du TF du 13.01.2020 [4A_58/2019]cons. 4.1).

b) Il découle du courrier de X1 _____ SA du 16 octobre 2012 que A. _____, par le biais alors de sa protection juridique, a sollicité de son assureur ■ par courrier électronique du 3 septembre 2012 ■ qu'il intervienne pour couvrir «les suites» de l'«[é]vénement du 03.01.1993». C'est donc avec la réception du courriel du 3 septembre 2012 que commençait à courir le délai de quatre semaines de l'article 41 al. 1 LCA. Le fait que l'assureur ait refusé, le 16 octobre 2012, de servir la prestation réclamée, sans solliciter d'autres renseignements médicaux, permet de retenir qu'il ne considérait pas avoir besoin de renseignements supplémentaires pour se prononcer. La créance de l'appelant joint est donc devenue exigible quatre semaines après son courrier électronique, qui ne vaut sous cet angle pas mise en demeure mais demande de prestations. Le refus de prester de l'intimée jointe, exprimé le 16 octobre 2012, dispensait cependant l'appelant joint d'une mise en demeure formelle, en ce sens que ■ pour reprendre les termes de l'article 108 al. 1 CO ■ la mise en demeure serait sans effet. L'intérêt moratoire court alors depuis le moment de l'exigibilité (qui se confond dans ce cas avec la demeure), échéance avec laquelle les intérêts moratoires se confond, soit dès l'échéance de quatre semaines après le courriel du 3 septembre 2012. L'appel joint sera dès lors partiellement admis.

5. Vu ce qui précède, l'appel principal doit être rejeté et l'appel joint partiellement admis, le jugement du 5 décembre 2019 étant réformé dans cette mesure, sans qu'il soit nécessaire d'en modifier la répartition des frais et des dépens.

Les frais de la procédure d'appel, arrêtés à 4'200 francs, seront mis à la charge de l'appelante. Celle-ci sera en outre condamnée à verser une indemnité de dépens à A. _____, mais non à B. _____, qui n'est pas prononcée.

Par ces motifs, LA COUR D'APPEL CIVILE

1. Rejette l'appel principal et admet partiellement l'appel joint.

2. Réforme le jugement du 5 décembre 2019 en condamnant X1 _____ SA à payer à A. _____ la somme de 30'000 francs plus intérêts à 5 % dès le 2 octobre 2012 et le confirme pour le surplus.

3. Arrête les frais de la procédure d'appel, avancés à hauteur de 3'900 francs par X1 _____ SA et de 300 francs par A. _____, à 4'200 francs et les met à la charge de X. _____ SA.

4. Condamne X1 _____ SA à verser à A. _____ une indemnité de dépens de 1'500 francs pour la procédure d'appel.

Neuchâtel, le 4 mai 2020

1 Les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. L'art. 41 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité²⁸ est réservé.²⁹

2 Est nulle, en ce qui un trait à la prétention contre l'assureur, toute stipulation d'une prescription plus courte ou d'un délai de déchéance plus bref. Demeure réservée la

disposition de l'art. 39, coll. 2, ch. 2, de la présente loi.

28RS831.40

29Nouvelle teneur selon le ch. 3 de l'annexe à la LF du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, en vigueur depuis le 1er janv. 1985 (RO1983797827art. 1 al. 1;FF1976I 117).

E. 5

Vu ce qui précède, l'appel principal doit être rejeté et l'appel joint partiellement admis, le jugement du 5 décembre 2019 étant réformé dans cette mesure, sans qu'il soit nécessaire d'en modifier la répartition des frais et des dépens. Les frais de la procédure d'appel, arrêtés à 4'200 francs, seront mis à la charge de l'appelante. Celle-ci sera en outre condamnée à verser une indemnité de dépens à A. _____, mais non à B. _____, qui ne s'est pas prononcée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.