REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4589/2005 **ATAS/1127/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

Du 16 octobre 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel	demandeurs
Monsieur A_____, domicilié , THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel	
Monsieur A_____, domicilié CREMIN-SUR-LUCENS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel	

contre

CSS ASSURANCE SA, sise Tribschenstrasse 21, LUCERNE	défenderesse

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseures

ATTENDU EN FAIT

Que Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le 1930, était assurée auprès de CSS Assurance SA (ci-après: CSS ou la défenderesse) pour les risques de décès ou d'invalidité par accident, dès le 1er janvier 1997, selon police d'assurances n° 120-93-709/001, qui stipulait que le capital-décès était de 5'000 fr. et le capital-invalidité de 100'000 fr., avec une progression de 225 %;

Qu'en date du 26 mai 1999, l'assurée a chuté de son vélo, a été grièvement blessée et transférée d'urgence aux ("établissement hospitalier");

Que selon le résumé de l'observation établi par les "établissement hospitalier" le 23 juin 1999, l'assurée avait probablement perdu connaissance suite à la chute. Le scanner cérébral effectué lors de l'admission avait mis en évidence une contusion hémorragique temporale gauche avec hémorragie sous-arachnoïdienne prédominant au niveau de la vallée sylvienne avec présence de sang au niveau de la citerne inter-pédonculaire. Une contusion temporale droite, ainsi qu'un hématome orbitaire supérieur gauche extra-conique et une fracture temporale gauche avaient également été observés. L'assurée avait été opérée le lendemain de l'accident, l'hématome temporal gauche ayant été évacué. Les suites de l'opération avaient été difficiles, l'état neurologique ne permettant pas une extubation pendant les premiers dix jours post-opératoires. Au moment de la sortie des "établissement hospitalier", le 23 juin 1999, l'assurée présentait une nette aphasie motrice avec un léger bradypsychisme, un transfert à la "établissement hospitalier" pour suivre une rééducation étant préconisé;

Que par courrier du 21 septembre 1999, la défenderesse a accusé réception de la déclaration d'accident;

Que par courriers des 18 janvier 2000 et 19 juillet 2000 CSS a informé l'assurée qu'il ne lui était pas encore possible de déterminer le taux d'invalidité en relation avec l'accident du 26 mai 1999;

Que le 12 octobre 2000, CSS a notifié à l'assurée une nouvelle police d'assurances, qui remplaçait celle du 19 octobre 1996, en raison du fait que l'assurée atteignait l'âge de 70 ans en l'an 2000 de sorte qu'en application des conditions générales, le capital-décès serait désormais de 20'000 fr. et le capital-invalidité de 40'000 fr., avec une progression de 225 %;

Qu'un échange de lettres et d'entretien téléphonique a eu lieu entre les parties;

Que le Dr A_____, dans un courrier du 20 novembre 2000 à CSS, a exposé que suite à l'accident, sa patiente avait dû subir une trépanation cérébrale, et que bien que la récupération après l'opération fût qualifiée de spectaculaire, l'assurée avait subi des lésions définitives graves, objectivées à l'IRM, accompagnées de troubles psychiques,

qu'un Parkinson consécutif à l'accident avait aussi été diagnostiqué, et qu'à son avis, l'accident était le seul responsable du dommage permanent et durable, sans espoir de récupération, dont souffrait l'assurée;

Que le 7 décembre 2000, CSS a indiqué au mari de l'assurée qu'une expertise aurait lieu au début de l'année 2001, et que, dans la mesure où le rapport d'expertise était utile pour déterminer le taux d'invalidité restante suite à l'accident du 26 mai 1999, l'assurée était invitée à patienter;

Qu'un nouvel échange d'écriture s'en est suivi;

Qu'en date du 1er avril 2003, l'assurée est décédée;

Que par lettre du 16 octobre 2003, CSS a informé le mari de l'assurée qu'après examen du dossier médical, notamment du rapport du médecin traitant du 18 août 2003, il convenait d'admettre que l'assurée avait développé, suite à l'accident du 26 mai 1999, un Parkinson post-traumatique qui avait évolué vers une impotence gravissime. Cela avait abouti à une seconde chute par troubles majeurs de la coordination. La deuxième chute était une conséquence de l'accident du 26 mai 1999 et le décès était secondaire à cet accident. Partant, le montant de 5'000 fr. au titre de capital-décès était alloué;

Que le mari de l'assuré a répondu en date du 30 octobre 2003 qu'avant le décès, son épouse avait été invalide à 100 % de manière définitive, et ce pour les suites de l'accident du 26 mai 1999, CSS étant invitée à verser le capital-invalidité de 40'000 fr. en sus du capital-décès, qui s'élevait à 20'000 fr;

Qu'en date du 19 mars 2004, la défenderesse a accepté, à titre exceptionnel et sans préjudice pour l'avenir, la proposition de verser une somme de 60'000 fr. pour les suites de l'accident survenu en date du 26 mai 1999;

Que le 25 mars 2004, le mari de l'assurée a rappelé que selon la police d'assurance, le capital-invalidité était de 40'000 fr., mais avec une progression de 225 % au maximum, soit un montant de 90'000 fr pour une invalidité à 100 %;

Que par courrier du 12 mai 2004, CSS a rappelé qu'initialement l'assurée avait conclu une assurance comportant un capital-décès par accident de 5'000 fr. et un capital-invalidité de 100'000 fr., variante A. A partir de 2001, le capital-décès avait été d'office élevé à 20'000 fr. et celui d'invalidité diminué à 40'000 fr., variante A, soit les sommes maximales pour les personnes ayant 70 ans révolus, selon les conditions générales d'assurance. L'accident du 26 mai 1999 avait entraîné des troubles devenant de plus en plus graves, qui pouvaient être assimilés à une invalidité médico-théorique probablement totale. Dans la mesure où l'invalidité totale présumée définitive était survenue en décembre 2000, les prétentions relatives au versement du capital-invalidité, qui s'élevait à 90'000 fr. compte tenu de la progression de 225 %, étaient largement prescrites, le délai de deux ans de l'art. 46 al. 1 LCA étant largement dépassé. La

prescription avait toutefois été interrompue à hauteur de 40'000 fr., somme dont le paiement avait été accepté. Quant au capital-décès, il s'élevait à 20'000 fr. et son versement n'était pas remis en cause;

Qu'un commandement de payer portant sur un montant de 110'000 fr, plus intérêts à 5 % depuis le 25 mars 2004, a été notifié le 8 juin 2004 à la défenderesse, qui y a formé opposition;

Que par courrier du 8 juillet 2004, le conseil des demandeurs a répliqué que, s'agissant du capital-invalidité, le départ du délai de prescription ne pouvait pas de bonne foi être situé au mois de décembre 2000, dans la mesure où, encore au mois d'octobre 2001, la défenderesse avait déclaré qu'il ne lui était pas possible de déterminer le degré de l'invalidité restante suite à l'accident du 26 mai 1999, et qu'elle attendait les résultats de l'expertise. Par ailleurs, en écrivant à plusieurs reprises à l'assurée pour lui demander de patienter, la défenderesse avait entretenu l'idée qu'il n'était pas nécessaire d'agir par la voie judiciaire pour obtenir le paiement des sommes d'assurance. En reconnaissant, dans une lettre du 19 mars 2004, l'obligation de verser une somme de 60'000 fr. à titre de capital-décès et invalidité, CSS avait implicitement renoncé à se prévaloir de l'exception de prescription. Enfin, dans la mesure où l'accident à l'origine des prétentions en invalidité était antérieur à la modification des sommes d'assurance en 2001, c'était le capital-invalidité de 100'000 fr., majoré de 225 %, soit une somme de 225'000 fr., qui devait être versée. En revanche, le capital-décès était de 20'000 fr., dès lors que l'accident à l'origine du décès avait eu lieu le 23 mars 2003. Globalement, la défenderesse était tenue de verser au titre de capital-décès et de capital-invalidité un montant de 245'000 fr.;

Que le 23 septembre 2004, la défenderesse a versé aux demandeurs la somme de 60'000 fr.;

Que par courrier du 29 octobre 2004, CSS a maintenu l'exception de prescription. Par gain de paix toutefois, la défenderesse était d'accord de verser un montant supplémentaire de 30'000 fr., au titre d'indemnité d'invalidité. Cependant, compte tenu du fait que le capital-décès devait être imputé sur le capital-invalidité, conformément à l'art. 11 des CGA, les 30'000 fr. supplémentaires ne seraient pas versés;

Qu'après une lettre du 16 décembre 2004, et le 22 avril 2005 la notification de deux commandements de payer, pour un montant global de 400'000 fr., avec intérêts à 5 % dès le 25 mars 2004, les héritiers de l'assurée (ci-après les demandeurs) ont déposé le 23 décembre 2005 une demande en paiement par devant le Tribunal de céans, visant à faire condamner CSS au paiement de 185'000 fr., plus intérêts à 5 % depuis le 26 mai 1999, sous suite de frais et dépens. Le capital-invalidité dû par CSS se montait en effet à 225'000 fr., duquel il convenait de déduire l'avance de 40'000 fr. déjà versée à ce titre;

Que dans sa réponse du 24 février 2004, la défenderesse a soulevé l'incompétence à raison de la matière du Tribunal de céans, admise toutefois par arrêt incident du 28 mars 2006;

Que dans ses écritures sur le fond du 14 juillet 2006, la défenderesse a persisté dans les arguments avancés précédemment, à savoir la prescription de l'action;

Que par réplique datée du 15 août 2006, les demandeurs ont rappelé que le comportement de l'assureur était abusif en l'espèce, sur la base d'une motivation qui sera reprise, en tant que de besoin, ultérieurement ;

Que la défenderesse a répliqué le 30 novembre 2006, et que la cause a été ensuite gardée à juger;

Que par arrêt incident du 13 mars 2007, le Tribunal a déclaré la demande recevable, constaté que la créance des demandeurs n'était pas prescrite, rejeté par conséquent l'exception de prescription soulevée, et réservé la suite de la procédure;

Que le Tribunal a motivé son arrêt comme suit (cf. pages 9 à 16):

"Aux termes de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Selon la jurisprudence, le fait d'où naît l'obligation 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, c'est-à-dire, dans l'assurance accident, le décès ou l'invalidité (ATF 118 II 447, consid. 2b, p. 455). En d'autres termes, le délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA, pour la prestation en cas d'invalidité, ne court pas dès le jour de l'accident, mais dès que l'invalidité de l'assuré est acquise. Peu importe en revanche le moment où l'assuré a eu connaissance de son invalidité. En effet, contrairement aux articles 60 CO et 83 al. 1 LCR, le départ du délai de prescription est fixé de manière objective. Il correspond au moment où l'invalidité qui s'est manifestée peut objectivement être tenue pour acquise, c'est-à-dire est permanente et durable (ATF 118 II 447, p. 455 consid. 2; ATFA non publié du 23 octobre 2003, 5C.61/2003, consid. 3.3.). En principe, l'invalidité s'entend comme une diminution, probablement permanente, de la capacité de travail de l'assuré (ATF 118 II 447, consid. 2b; ATF 127 III 100). Tel est généralement le cas lorsqu'il résulte de rapports médicaux que les mesures thérapeutiques destinées à conjurer le mal ou, du moins, à limiter les effets de l'atteinte dommageable ont échoué, c'est-à-dire dès que l'on ne peut plus attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'il en résulte une incapacité de travail permanente et durable.

Selon l'article 12 des conditions générales d'assurance applicables (CGA), si un accident entraîne, dans un délai de cinq ans à compter des faits, une invalidité présumée définitive, la CSS SA verse à l'assuré une indemnité en capital, dont le montant dépend de la somme contractuellement convenue, du degré d'invalidité, défini en pourcentage

pour la perte de divers organes, et de la progressivité choisie (A ou B). L'indemnité d'invalidité est versée dès que l'importance de l'invalidité subsistante a pu être constatée et déterminée, au plus tard toutefois 5 ans après le jour de l'accident. Si la détermination ou la constatation du degré d'invalidité dure plus de 6 mois, la CSS SA verse à l'assuré des indemnités partielles, fixées sur la base de constatations médicales et proportionnées à l'état actuel du handicap. Le total des indemnités versées ne doit cependant pas dépasser 50 % du capital définitif d'invalidité simple à verser à l'assuré (sans prise en considération de la progressivité choisie).

En l'espèce, l'assurée a été grièvement blessée lors d'une chute à vélo en date du 26 mai 1999. Cet accident a entraîné des troubles tant neuropsychologiques que psychiques.

Il ressort de l'ensemble de pièces médicales versées au dossier qu'à partir des mois de novembre - décembre 2000, il était possible de retenir l'existence de troubles physiques et psychiques permanents et durables de l'assurée, suite à l'accident du mois de mai 1999 (rapports des Drs C_____, B_____ et SCHEWEBLIN). En effet, dans un rapport à la défenderesse du mois de novembre 2000, le Dr A_____, médecin traitant, avait constaté qu'il existait toujours des lésions séquellaires cérébrales confirmées par deux IRM effectuées durant l'été 2000. Par ailleurs, un Parkinson post-traumatique avait fait son apparition. Partant, l'assurée présentait un dommage permanent et durable, sans espoir de récupération, qui était la conséquence de l'accident. La Dresse B_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a aussi mis en évidence, au mois de décembre 2000, que suite à l'accident du 26 mai 1999, l'assurée souffrait de troubles neuro-psychologiques et d'un syndrome bilatéral secondaire, ainsi que de troubles de la motricité qui la rendaient incapable d'assumer les tâches ménagères usuelles tant pour des raisons physiques que psychiques. A la même période, le Dr C_____, psychiatre à Bel-Idée, a exposé à Me BERGMANN (courrier du 11 décembre 2000) qu'il paraissait inenvisageable vu l'atteinte cérébrale et les répercussions neuropsychologiques, que l'assurée fût en mesure d'assurer un jour la tenue d'un ménage ou qu'elle pût vivre seule et de manière indépendante.

Ces rapports attestent de l'existence d'atteintes cérébrales définitives et de troubles de nature neuropsychologique et ils pouvaient fonder une prétention en paiement due à ce titre. En effet, les prestations de la défenderesse sont allouées lorsqu'un accident entraîne, dans un délai de cinq ans, une invalidité présumée définitive, laquelle consiste, à défaut d'une disposition contractuelle prévoyant une autre définition (ATF 118 II 447, consid. 4c in fine; ATFA non publié du 23 octobre 2003, 5C.61/2003, consid. 3.5), en une atteinte définitive à l'intégrité corporelle physique ou psychique entraînant une incapacité de travail probablement durable (cf. art. 88 LCA).

Dans ces circonstances, on ne saurait suivre les demandeurs lorsqu'ils soutiennent que le dies a quo aurait commencé à courir le jour du décès de l'assurée, le 1er avril 2003, en l'absence d'une expertise médicale antérieure fixant le degré d'invalidité. C'est en effet l'invalidité dans son principe et non dans son ampleur qui doit être acquise, les

conditions générales n'exigeant pas, en l'espèce, qu'un taux minimum d'invalidité soit atteint pour que le cas d'assurance soit réalisé, mais seulement la survenance d'une "invalidité présumée définitive" (cf. art. 12 CGA; cf. ATFA non publié du 23 octobre 2003, 5C.61/2003, consid. 3.5).

On peut dès lors retenir que le délai de prescription a commencé à courir le 11 décembre 2000, date des deux derniers rapports médicaux des Drs C_____ et D_____, si bien qu'il était échu le 11 décembre 2002, sous réserve d'une éventuelle interruption.

Aux termes de l'article 135 chiffre 2 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 LCA, la prescription est 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 une citation en conciliation.

En l'espèce, les demandeurs produisent à l'appui de leur demande en paiement une formule de réquisition de poursuite à l'encontre de la défenderesse, datée du 23 mai 2003, mais qui ne porte pas l'accusé de réception de l'office des poursuites, et un commandement de payer dressé par l'Office des poursuites de Lucerne le 1er juin 2004. Quant à la défenderesse elle produit deux commandements de payer, celui dressé le 1er juin 2004 et un second le 18 avril 2005.

En l'espèce, il est fort douteux qu'une première réquisition de poursuite produite par les demandeurs et qui porte la date du 23 mai 2003 ait été remise à la poste par les demandeurs à la même date ou dans les jours qui ont suivi, dans la mesure où le premier commandement de payer établi par l'Office des poursuites de Lucerne date du 1er juin 2004. La réquisition de poursuite datée du 23 mai 2003 mentionne d'ailleurs que les intérêts courent dès le 25 mars 2004, ce qui est de nature à faire penser que cette réquisition a en réalité été établie et envoyée au mois de mai 2004 et non pas en mai 2003, les demandeurs ne produisant aucune preuve en relation avec l'envoi effectif de la réquisition. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où, au mois de mai 2003, la prescription était de toute façon déjà acquise.

Quant à la demande en paiement, elle a été déposée le 23 décembre 2005, soit bien après l'échéance de la prescription biennale.

Il convient aussi d'examiner si, comme l'allèguent les demandeurs, la prescription aurait été interrompue par une reconnaissance de dette, en application de l'art. 135 chiffre 1 CO.

Une reconnaissance de dette est la manifestation par laquelle le débiteur (ou son représentant) exprime au créancier (ou son représentant) qu'il a conscience d'être tenu envers lui par une obligation juridique déterminée (ATFA non publié du 17 juin 2002, 5C.41/2002, consid. 2.1 et la référence citée). La reconnaissance de dette doit ressortir des déclarations du débiteur, orales ou écrites, interprétées, le cas échéant, selon le

principe de la confiance, ou d'actes concluants. Pour avoir un effet interruptif, la reconnaissance de dette ne doit pas nécessairement être faite par le débiteur dans le dessein d'exprimer sa volonté de s'obliger, ni d'interrompre la prescription. Il suffit qu'il manifeste admettre que la dette existe encore. Il suffit de même que le débiteur reconnaisse l'obligation de prestation dans son principe. Peu importe qu'il soit dans l'incertitude quant au montant de la dette, car la reconnaissance de l'obligation de principe de payer suffit et n'a pas à se rapporter à un montant déterminé. 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 (ATFA non publié du 27 février 2004, 5C.112/2003, consid. 4.1; ATFA non publié du 17 juin 2002, 5C.41/2002, consid. 2.1). Il a ainsi été jugé qu'un paiement effectué pour solde de tout compte n'interrompt pas la prescription. Il en va de même d'une offre de paiement formulée dans le cadre de pourparlers transactionnels (ATFA non publié du 27 février 2004, 5C.112/2003, consid. 4.3), faute pour l'assureur d'avoir admis le principe de l'indemnisation.

En l'espèce, par courrier du 18 janvier 2000, l'assureur a informé l'assurée qu'il ne lui était pas possible de déterminer le taux de l'invalidité restante suite à l'accident survenu en date du 26 mai 1999, en l'invitant à patienter. Quelques mois plus tard, l'assureur a fait savoir qu'il n'était pas encore en possession de toutes les pièces médicales. Après avoir appris qu'une expertise médicale allait être mise en place à la demande de l'assureur RC du responsable de l'accident, la défenderesse a signalé au mari de l'assurée, par courriers du 7 décembre 2000 et du 18 octobre 2001, qu'elle ne pouvait pas encore déterminer le degré de l'invalidité restante, l'expertise n'ayant pas encore eu lieu.

Le Tribunal de céans constate à la lecture de ces courriers que l'assureur a déclaré, à réitérées reprises, qu'il n'avait pas en mains tous les éléments pour "déterminer le taux de l'invalidité restante". Si cette formulation recèle une certaine ambiguïté, car elle pouvait laisser croire à l'assurée que l'existence d'un préjudice - in casu l'invalidité - n'était pas litigieuse, mais qu'il était nécessaire d'en connaître l'ampleur au moyen d'investigations médicales supplémentaires, une telle déclaration ne pouvait pas de bonne foi être interprétée de manière univoque comme la reconnaissance de la part de l'assureur de son obligation d'indemniser. A aucun moment la défenderesse n'a fait savoir à l'assurée qu'elle acceptait devoir payer. Partant, force est de constater que les courriers de la défenderesse ne constituaient pas des reconnaissances de dette, au sens de l'art. 135 chiffre 1 CO, et n'ont donc pas interrompu l'écoulement du délai de prescription.

Il reste à examiner si, comme le soulèvent les demandeurs, la défenderesse aurait commis un abus de droit en excipant de la prescription.

Selon l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. L'existence d'un tel abus se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine (ATF 129 III 493, consid. 5.1 p. 497 et les arrêts cités). L'adjectif "manifeste" indique qu'il convient de se montrer restrictif dans l'admission de l'abus de droit (ATFA non publié du 6 avril 2006, 4C.421/2005, consid. 5.1).

La règle prohibant l'abus de droit autorise le juge à corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Cependant, son application doit demeurer restrictive et se concilier avec la finalité, telle que l'a voulue le législateur, de la norme matérielle applicable au cas concret (cf. ATFA non publié du 6 avril 2006, 4C.421/2005, consid. 5.1 et les références), en l'espèce la prescription biennale de l'art. 46 al. 1 LCA. Selon la jurisprudence, le débiteur commet un abus de droit en se prévalant de la prescription, non seulement lorsqu'il amène astucieusement le créancier à ne pas agir en temps utile, mais également lorsque, sans mauvaise intention, il a un comportement qui donne au créancier l'assurance qu'il sera payé et l'incite donc à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pendant le délai de prescription, étant précisé que, selon une appréciation raisonnable, fondée sur des critères objectifs, l'inaction du créancier doit apparaître objectivement compréhensible (ATFA non publié du 13 juillet 2000, 5C.68/2000, consid. 3a). Le comportement du débiteur doit être en relation de causalité avec le retard à agir du créancier (ATF 131 III 430 consid. 2 p. 437; 128 V 236 consid. 4a p. 241 et les arrêts cités, ATFA non publié du 6 avril 2006, 4C.421/2005, consid. 5.1) et peut consister, par exemple, à faire patienter le créancier par des pourparlers, en entretenant l'espoir d'un règlement amiable. Il a notamment été jugé que des courriers de l'assureur exigeant de l'assuré qu'il entreprenne des investigations et obtienne des renseignements sans lesquels le sinistre ne serait pas réglé, n'étaient pas propres à inciter l'assuré à patienter et à faire naître en lui l'assurance qu'il serait payé, ce d'autant plus qu'il était représenté par un mandataire professionnel. Partant, l'exception de prescription soulevée par l'assureur n'était pas abusive (ATFA non publié du 13 juillet 2000, cause 5C.68/2000). En revanche, si, une fois la prescription acquise, le débiteur a adopté une attitude propre à dissuader le créancier, ce dernier ne saurait invoquer l'abus de droit (Pichonnaz, op. cit., n. 13 ad art. 142 CO). En effet, le comportement du débiteur ne joue plus aucun rôle après l'écoulement du délai de prescription (ATFA non publié du 6 avril 2006, 4C.421/2005, consid. 5.1; ATF 113 II 264 consid. 2e p. 269). Enfin, selon la jurisprudence, le débiteur de mauvaise foi peut aussi se prévaloir de la prescription sans pour autant commettre un abus de droit. Seul le comportement positif à l'origine du manquement de délai - même dépourvu d'astuce - justifie la contre-exception de l'abus de droit (ATFA non publié du 13 juillet 2000, 5C.68/2000, consid. 3a).

Pour trancher cette question, il convient de procéder à un examen de la chronologie des faits et à une appréciation des attitudes des parties, depuis l'accident du 26 mai 1999.

Il ressort des pièces au dossier que la défenderesse a accusé réception de la déclaration d'accident, par courrier du 21 septembre 1999. A cette occasion, elle a signalé qu'elle examinerait le cas et qu'elle tiendrait au courant l'assurée du suivi de l'affaire dès que possible. Le 20 octobre 1999, le Dr E_____ de la Clinique de rééducation des "établissement hospitalier" a informé la défenderesse que l'évolution de l'assurée était satisfaisante, mais qu'il persistait des troubles neuropsychologiques et une fragilité psychique, qui nécessitaient un suivi médical ambulatoire. Le 18 janvier 2000, l'assureur a informé l'assurée qu'il ne lui était pas encore possible de déterminer le taux de l'invalidité restante suite à l'accident, et l'a invitée à patienter. En juin 2000, le médecin traitant a précisé, à l'attention de la défenderesse, que l'évolution était défavorable, avec un pronostic très sombre, la guérison ou la récupération de l'autonomie n'étant pas envisageables. En juillet 2000, l'assureur a répété à l'assurée qu'au vu des informations en sa possession, il ne lui était pas encore possible de déterminer le taux de l'invalidité restante. Au mois de novembre 2000, le médecin traitant a confirmé au médecin-conseil de la défenderesse que l'accident avait entraîné des suites et des lésions définitives et graves. Parallèlement, la défenderesse a pris contact avec l'assureur RC du responsable de l'accident qui lui a confirmé la mise en place d'une expertise médicale. C'est ainsi qu'en décembre 2000, la défenderesse a fait savoir à l'assurée qu'elle attendait le résultat de l'expertise organisée par GARANTA ASSURANCES SA, qui devait intervenir en 2001, celle-ci étant utile dans la fixation du taux de l'invalidité restante. Une année plus tard, la défenderesse a écrit au mari de l'assurée en lui communiquant qu'il ne lui était toujours pas possible de déterminer le degré de l'invalidité restante, l'expertise n'ayant toujours pas eu lieu. Elle l'invitait ainsi à patienter encore.

Le Tribunal constate à la lecture de la correspondance échangée que l'assurée était confortée dans l'idée qu'une fois l'ensemble des renseignements médicaux recueillis, l'assureur aurait donné suite à ses obligations. La formulation contenue dans de ces lettres ("il ne nous est pas encore possible de déterminer le degré de l'invalidité restante") permettait de bonne foi de comprendre que la question qui restait en souffrance était celle du degré de l'invalidité, sous-entendant ainsi que le principe même de l'invalidité était admis. En d'autres termes, la défenderesse signifiait à l'assurée qu'il fallait attendre les résultats de l'expertise, car le taux de l'invalidité médico-théorique ne pouvait pas être déterminé au vu des pièces médicales au dossier, mais qu'elle n'entendait toutefois pas mettre en doute le fait que l'accident, compte tenu de sa gravité, avait entraîné des séquelles définitives.

Le cas d'espèce diffère notamment de celui jugé par le Tribunal fédéral dans l'arrêt du 13 juillet 2000 (cause 5C.68/2000) évoqué ci-dessus. Dans notre espèce, les courriers de l'assureur, insérés dans leur contexte, pouvaient de bonne foi inciter l'assurée à patienter. En effet, la défenderesse n'a pas signifié à l'assurée le refus de verser toute indemnité si celle-ci ne produisait pas certaines informations ou documents. Bien au contraire, dans le dernier courrier à l'assurée, du 18 octobre 2001, la défenderesse a exposé qu'elle la tiendrait au courant du suivi, aucune réaction ou démarche n'étant ainsi attendue de la

part de l'assurée. De plus, l'assurée n'était pas représentée par un avocat, contrairement à ce qu'allègue la défenderesse. Le conseil des demandeurs ne s'est constitué qu'après le décès de l'assurée, par courrier du 30 octobre 2003. Le fait que ce même conseil était intervenu préalablement dans les rapports avec GARANTA ASSURANCES SA n'est ainsi pas pertinent, dès lors que rien dans le dossier ne permet de conclure que ce même avocat conseillait l'assurée et sa famille quant au comportement à adopter à l'égard de la défenderesse. Enfin, les conditions de santé dans lesquelles elle se trouvait, connues de la défenderesse, notamment la fragilité psychique et physique, ainsi que l'âge, conduisent à retenir que le comportement de la défenderesse tel qu'il ressort des courriers susmentionnés était suffisant pour inciter l'assurée, dans la situation concrète, à renoncer à toute démarche en vue d'interrompre le délai de prescription.

L'inaction de l'assurée apparaît aussi justifiée par le fait que les démarches en vue de mettre en place l'expertise se sont poursuivies concrètement tout au long de l'année 2002 (cf. courrier de GARANTA ASSURANCES SA à la défenderesse du 24 mai 2002 et courrier de la défenderesse à GARANTA ASSURANCES SA du 22 juillet 2002, et note d'entretien téléphonique du 19 novembre 2002), l'assurée étant ensuite décédée en avril 2003.

Il convient également de relever que la défenderesse a admis, après le décès, que sur la base des pièces médicales en sa possession il apparaissait que l'assurée avait développé, suite à l'accident, un Parkinson post-traumatique qui avait évolué vers une impotence gravissime (courrier du 16 octobre 2003). Elle a ensuite accepté de verser l'indemnité décès et invalidité réclamée dans un premier temps par les demandeurs, certes à titre exceptionnel et sans préjudice pour l'avenir, sans faire aucune allusion à la prescription (courrier de la défenderesse du 19 mars 2004), alors qu'à cette date elle aurait pu déjà s'en prévaloir. Ce paiement s'inscrivait en effet dans une attitude cohérente de la part de la défenderesse, qui, par l'intermédiaire du même gestionnaire de dossier, avait invité l'assurée à patienter à plusieurs reprises et qui ne s'estimait ensuite pas légitimée à exciper de la prescription. Ce n'est que lorsque le conseil des demandeurs a réclamé un montant plus élevé, au titre de l'indemnité d'invalidé, et que le dossier a été traité par les services juridiques de la défenderesse, que l'exception de prescription a été soulevée pour la première fois (courrier de la défenderesse du 12 mai 2004).

En conclusion, il apparaît que la défenderesse ne saurait se prévaloir de la prescription s'agissant des prétentions des demandeurs en relation avec l'assurance pour invalidité par accident conclue par l'assurée décédée. L'exception de prescription soulevée par la défenderesse doit donc être rejetée. La suite de la procédure est réservée".

Que sur recours de la défenderesse, le Tribunal fédéral a toutefois déclaré le recours irrecevable, dans la mesure où s'agissant d'une décision incidente, le succès du recours ne pouvait pas conduire immédiatement à une décision finale et éviter ainsi une procédure probatoire longue et coûteuse ;

Que le Tribunal fédéral a toutefois relevé qu'en raison du décès survenu en avril 2003, on peinait à discerner les mesures probatoires qui pourraient encore être prises, le jugement devant plutôt intervenir sur la seule base des éléments de preuve figurant au dossier ;

Que le Tribunal de céans a ordonné la comparution des mandataires, qui s'est tenue le 2 octobre 2007 ;

Qu'à cette occasion CSS a déclaré que si l'arrêt cantonal sur la prescription devait être suivi, elle serait tenue de verser les prestations découlant de la police en vigueur au jour de l'accident, à savoir un capital-décès de 5'000 fr. et un capital invalidité de 100'000 fr. avec progression à 225 %, sous déduction des sommes déjà versées, mais qu'elle persistait à invoquer la prescription;

Que toutefois la représentante des demandeurs à l'audience n'a pas pu se dire d'accord avec ce qui précède et a persisté dans ses conclusions, de sorte que la cause a été gardée à juger;

Qu'en outre, par pli du 3 octobre 2007, les demandeurs ont contesté l'application de la police en vigueur en 1997 s'agissant du capital-décès, dans la mesure où le risque assuré s'est réalisé le 1er avril 2003, considérant qu'en revanche, s'agissant du capital-invalidité, la première police s'applique bel et bien.

CONSIDÉRANT EN DROIT

Que la question principale posée par la défenderesse - soit la prescription - ne pourra être traitée que par le Tribunal fédéral, sur la base du présent jugement au fond;

Qu'en l'espèce, le Tribunal de céans ne peut que rappeler les faits chronologiques suivants, d'ores et déjà établis, à savoir la conclusion de la première police d'assurance au 1er janvier 1997, la survenance de l'accident le 26 mai 1999, l'hospitalisation de l'assurée en février 2000 avec dommages irréversibles, la survenance d'une invalidité totale entre novembre et décembre 2000, l'entrée en vigueur de la nouvelle police d'assurance le 1er janvier 2001, notifiée d'office par la défenderesse au motif que la recourante atteignait l'âge de 70 ans en l'an 2000, et le décès survenu le 1er avril 2003;

Qu'à la lecture des conditions générales de la défenderesse, les risques assurés sont les accidents professionnels et non professionnels, de sorte que la survenance du sinistre - ou du cas d'assurance fondant l'obligation de prester de la défenderesse (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Stämpfli, p. 223) - correspond à la survenance de l'accident, qui donne droit à un capital-décès et/ou à un capital-invalidité lorsque ces conséquences sont établies ;

Qu'ainsi le risque assuré est l'accident et non pas les conséquences de cet accident sous la forme d'une invalidité ou d'un décès;

Qu'il ressort également des conditions générales d'assurances que pour les personnes ayant 70 ans révolus, les sommes d'assurance maximales sont un capital-décès de 20'000 fr. et un capital-invalidité de 40'000 fr., et que lorsque cette limite d'âge est atteinte, les assurances existantes sont diminuées en conséquence pour l'année civile suivante (art. 5);

Qu'au vu de ce qui précède la police d'assurance conclue au 1er janvier 1997, et renouvelée tacitement, est seule applicable en l'espèce, l'accident, et donc le sinistre, étant survenu au mois de mai 1999, avant que la recourante n'atteigne l'âge de 70 ans;

Que les demandeurs souhaitent que soit appliquée l'ancienne police d'assurance à l'invalidité et la nouvelle au décès, ce qui relève d'une confusion entre le risque assuré (l'accident) et ses conséquences (invalidité et/ou décès), et serait par ailleurs contraire, notamment, aux principes de sécurité du droit;

Que la défenderesse sera dès lors invitée - vu son accord de principe- à verser aux demandeurs les prestations dues en application de la police d'assurance en vigueur en mai 1999, à savoir un capital-décès de 5'000 fr. et un capital-invalidité de 100'000 fr. avec progression à 225 %, sous déduction des sommes déjà versées, pour autant que l'exception de la prescription soit écartée par le Tribunal fédéral;

Que les recourants obtiennent partiellement gain de cause et ont droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Invite CSS à verser aux demandeurs les prestations dues en application de la police d'assurance en vigueur en mai 1999, à savoir un capital-décès de 5'000 fr. et un capital-invalidité de 100'000 fr. avec progression à 225 %, sous déduction des sommes déjà versées.

2. L'y condamne en tant que de besoin.

3. Condamne CSS au versement d'une indemnité en faveur des recourants de 2'500 fr.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral, 1000 LAUSANNE 14, conformément aux articles 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'article 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La Présidente :

Florence SCHMUTZ — Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le