

COUR D'APPEL

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
GREFFE DE MONTRÉAL

N° : 500-09-015128-044
(500-05-072862-020)

DATE : 15 JUIN 2006

**CORAM : LES HONORABLES J.J. MICHEL ROBERT J.C.Q.
LISE CÔTÉ J.C.A.
PIERRE TESSIER J.C.A. (AD HOC)**

CAROLE GODIN
APPELANTE - demanderesse

c.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE
INTIMÉE - défenderesse

ARRÊT

[1] La Cour; - Statuant sur l'appel d'un jugement rendu le 4 novembre 2004 par la Cour supérieure, district de Montréal (l'honorable Jean-Pierre Senécal) qui a rejeté la demande de prestations d'assurance invalidité au-delà d'une période de douze mois;

[2] Après avoir étudié le dossier, entendu les parties et délibéré;

[3] Pour les motifs du juge Tessier, auxquels souscrivent le juge en chef JJ. Michel Robert, et madame la juge Côté;

[4] **REJETTE** l'appel, avec dépens.

J.J. MICHEL ROBERT J.C.Q.

LISE CÔTÉ J.C.A.

PIERRE TESSIER J.C.A. (AD HOC)

Mme Carole Godin
Personnellement

Me Evelyne Verrier
Lavery, de Billy
Avocate de l'intimée

Date d'audience : 15 mars 2006

MOTIFS DU JUGE TESSIER

[5] L'appelante, assurée en vertu d'une police d'assurance collective détenue par son employeur, se pourvoit contre un jugement de la Cour supérieure qui a rejeté sa demande de prestations d'assurance invalidité au-delà d'une période de douze mois.

CONTEXTE FACTUEL ET PROCÉDURAL

[6] Signalons, avant de les aborder, que les faits retenus par le premier juge doivent être tenus pour avérés et ne peuvent être remis en question par l'appelante, puisque son mémoire ne comporte en seconde annexe¹ aucune déposition ou aucun extrait de déposition, ni aucune pièce, hormis le contrat d'assurance, l'attestation d'assurance et une demande de prestations d'invalidité auprès de la Régie des rentes du Québec. La Cour ignore donc le contenu de la preuve testimoniale offerte devant le tribunal ainsi que d'une partie de la preuve documentaire produite au dossier de première instance.

[7] À la lumière de la Règle 16, il faut conclure que l'appelante ne considère pas ces dépositions et pièces ainsi omises comme « nécessaires, non seulement à l'examen de ses arguments mais aussi à l'examen de toutes les questions posées par le pourvoi ». Pourtant, elle reproche au premier juge d'avoir commis des erreurs mixtes de droit et de fait, d'avoir mal apprécié la preuve. À cause de ce choix par l'appelante, la Cour ne peut se prononcer sur toute erreur de fait invoquée par celle-ci et, à plus forte raison, sur toute erreur manifeste et dominante susceptible d'entacher le jugement. Par ailleurs, les pièces produites en annexe aux mémoires supportent les conclusions factuelles tirées par le premier juge. Les parties en appel acceptent ainsi les constatations de faits rapportées au jugement.² Il faut donc s'en remettre aux faits acceptés par le juge et aux pièces produites avec les mémoires.

[8] Examinons maintenant les événements à l'origine du litige.

[9] À l'emploi d'un courtier d'assurance depuis le 23 mai 2000, l'appelante adhère au régime d'assurance collective qui l'assure à compter du 23 août 2000. Le contrat d'assurance fournit une garantie en cas d'invalidité, par le versement de prestations mensuelles. Une hernie discale l'oblige à quitter son travail en octobre 2000. Elle est

¹ art. 507 C.p.c., art. 16, Règles de procédure de la Cour d'appel en matière civile.

² *Vitrierie A. & Fortin c. Armtec inc.*, J.E. 99-6 (C.A.); *H. Cardinal Construction inc. c. Ville de Dollard-des-Ormeaux*, [1987] R.L. 672.

déclarée totalement invalide le 1 novembre 2000 et, après la période d'attente prévue, reçoit des prestations d'invalidité à compter du 1 mars 2001. Elle est rétablie à la fin juin 2001, alors qu'elle voit une dernière fois le 30 juin le neurochirurgien traitant.

[10] Cette première période d'invalidité, désormais terminée, sera immédiatement suivie d'une autre période d'invalidité causée par une maladie antérieure, à l'origine du litige. En effet, l'appelante souffre déjà d'arthrite rhumatoïde depuis 1995. Elle consulte à ce sujet le docteur Michael Starr, rhumatologue, qui la voit périodiquement depuis mars 1999 et lui prescrit deux médicaments, soit du Vioxx et du Plaquenil, qu'elle consomme quotidiennement pour traiter cette maladie chronique. Dans un rapport du 4 juillet 2001, produit en vertu de l'article 294.1 C.p.c. pour tenir lieu de témoignage, le docteur Starr mentionne qu'elle prend alors 25 mg de Vioxx par jour et 400 mg de Plaquenil pour la nuit.

[11] Le juge de première instance conclut que l'appelante subit une invalidité à raison de l'arthrite rhumatoïde et que cette invalidité existait avant le 23 août 2001, soit durant la période de douze mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance. Il écrit à ce sujet :

« On doit néanmoins conclure de l'ensemble de la preuve, particulièrement des notes écrites par le Dr Starr les 3 juillet et 14 août 2001, de même que des lettres qu'il a écrites les 4 juillet et 14 août 2001, que l'invalidité totale de madame existait avant le 23 août 2001. C'est d'ailleurs ce que le Dr Blondin a lui-même compris des notes du Dr Starr. »³

[12] Suivant cette preuve, l'appelante est sous les soins d'un rhumatologue qui la traite au moyen de médicaments pour une arthrite rhumatoïde durant une période de douze mois précédant l'entrée en vigueur de l'assurance, soit entre le 23 août 1999 et le 22 août 2000, et aussi durant les douze mois qui la suivent, soit entre le 23 août 2000 et le 22 août 2001. Durant ces deux périodes de temps continues, elle consomme quotidiennement deux médicaments prescrits par le médecin traitant pour soigner cette maladie et en contrôler la symptomatologie. L'invalidité à l'origine du litige est causée par cette arthrite rhumatoïde.

MOYENS D'APPEL

[13] Le premier juge aurait commis une erreur en refusant d'accorder toute prestation au-delà d'une période de douze mois suivant le début de l'invalidité. Ce faisant, il aurait omis d'appliquer correctement la clause de réduction de la garantie d'assurance

³ par. 18 du jugement.

exprimée au contrat et à l'attestation d'assurance. En vertu particulièrement de cette attestation, plus favorable à sa position, l'appelante aurait droit de bénéficier de la pleine garantie, sans réduction.

[14] À titre de moyens soulevés pour la première fois dans son mémoire, l'appelante reproche au premier juge d'avoir fixé à la somme de 1 851 \$, plutôt qu'à celle de 2 031,48 \$ la prestation mensuelle payable, soulève l'enrichissement sans cause de l'assureur intimé et réclame des dommages exemplaires d'un montant à être déterminé pour atteinte à son droit à la vie privée.

ANALYSE

[15] Rappelons que doit être acceptée la conclusion de fait tirée par le premier juge, à l'effet que l'invalidité existe avant le 23 août 2001, ce qui coïncide d'ailleurs avec le témoignage de l'appelante : « Elle a de façon claire témoigné devant la Cour de son incapacité totale d'effectuer ses fonctions habituelles au travail dès le mois de juillet 2001 ».⁴

[16] L'appelante reproche au premier juge d'avoir considéré comme pertinente la détermination de la date du début de son invalidité afin d'établir son éligibilité aux prestations prévues. Or, une telle détermination est non seulement pertinente mais aussi essentielle à la lumière de la clause qu'invoquent les parties et sur laquelle le juge de première instance doit statuer. Elle lui reproche aussi d'avoir commis une erreur quant à la détermination de la date du début de l'invalidité causée par cette arthrite rhumatoïde. Tel que déjà mentionné, il faut nécessairement accepter les conclusions factuelles du juge. Il n'est pas essentiel pour ce dernier de fixer de façon précise la date exacte du début de la période d'invalidité. Il se borne à conclure que cette période commence avant le 23 août 2001, ce qui suffit aux fins de la question à résoudre et demeure incontestable. Il convient de signaler que l'appelante ne réfère aucunement à la preuve de nature médicale offerte, sur laquelle s'appuie le premier juge, et ne précise pas les faits sur lesquels ce dernier se serait erronément appuyé pour tirer cette conclusion de fait.

[17] L'appel porte essentiellement sur la signification et la portée d'une clause de réduction de la garantie au contrat d'assurance et à l'attestation d'assurance, que l'appelante qualifie d'imprécise et d'ambiguë, de sorte qu'elle la considère inapplicable. Invoquant l'article 1436 C.c.Q., elle considère que la clause en litige est incompréhensible. Elle voit une divergence entre cette clause au contrat d'assurance et le texte pertinent de l'attestation d'assurance qui lui a été remise sous forme de

⁴ par. 23.

brochure explicative. Selon son intérêt, comme l'autorise l'article 2401 C.c.Q., elle invoque l'attestation d'assurance qu'elle juge plus favorable à sa position. Cette disposition énonce :

« L'assureur délivre la police d'assurance collective au preneur et il lui remet également les attestations d'assurance que ce dernier doit distribuer aux adhérents.

L'adhérent et le bénéficiaire ont le droit de consulter la police à l'établissement du preneur et d'en prendre copie et, en cas de divergence entre la police et l'attestation d'assurance, ils peuvent invoquer l'une ou l'autre, selon leur intérêt. »

[18] Le véritable débat porte sur la signification, la portée et l'applicabilité de la clause de réduction de la garantie exprimée à l'attestation d'assurance, à la lumière du contexte factuel pertinent.

[19] Elle plaide aussi que cette réduction de la garantie, qu'elle apparente à une exclusion de garantie, n'est pas clairement indiquée sous un titre approprié, à la lumière de l'article 2404 C.c.Q., et serait donc inapplicable. Cette disposition énonce :

« En matière d'assurance de personnes, l'assureur ne peut invoquer que les exclusions ou les clauses de réduction de la garantie qui sont clairement indiquées sous un titre approprié. »

[20] Il convient donc de vérifier si cette clause est ambiguë et si elle est ou non clairement indiquée sous un titre approprié et, à cette fin, d'analyser les textes pertinents.

LA CLAUSE DE RÉDUCTION DE LA GARANTIE

[21] Quelle est la garantie stipulée à la police d'assurance et exprimée à l'attestation d'assurance face à cette situation factuelle? Ces deux écrits contiennent une clause de réduction de la garantie, au cœur du présent litige. Examinons d'abord le texte pertinent au contrat d'assurance.

1. Contrat d'assurance

[22] Le contrat d'assurance contient la clause suivante :

« Restrictions relatives à un état antécédent

Si un employé assuré est frappé d'invalidité totale par la suite d'une maladie ou blessure corporelle pour laquelle il a été traité par un médecin ou reçu des soins ou services médicaux au cours des douze mois précédant immédiatement son assurance prévue par la présente rente :

la durée des prestations ne commencera pas avant qu'il n'ait accompli un délai d'attente de 180 jours d'invalidité totale ininterrompue ou le délai d'attente du TABLEAU DES PRESTATIONS, soit le délai le plus long, et

cette durée des prestations ne dépassera pas douze mois pour la même maladie ou blessure corporelle ou pour une maladie ou blessure corporelle connexe.

Toutefois, les restrictions énoncées dans les deux derniers paragraphes du présent alinéa ne seront pas applicables s'il s'est écoulé, entre la date d'effet de l'assurance de ce même employé et le premier jour de son invalidité totale, une durée de douze mois consécutifs au cours de laquelle il n'a été ni traité par un médecin ni reçu des soins ou services médicaux pour cette maladie ou blessure corporelle ou pour une maladie ou blessure corporelle connexe. »

[23] Le titre même signifie que la garantie d'assurance sera restreinte ou réduite, aux conditions prévues, lorsque existe déjà un état médical antérieur. Cet état antécédent est la maladie à laquelle réfère la première phrase du premier alinéa. Comme l'illustre le texte qui suit ce titre, les exclusions ou réductions de la garantie sont clairement indiquées sous un titre approprié, conformément à l'article 2404 C.c.Q., contrairement à ce que plaide l'appelante.

[24] Comme l'enseigne l'arrêt *Lemay c. Assurance-vie Desjardins*,⁵ le titre met en évidence non seulement le résultat de la clause de réduction, par l'usage du mot « restrictions », mais aussi les effets d'une condition médicale préexistante, par l'usage des mots « relatives à un état antécédent », sans disperser et camoufler ailleurs l'effet négatif d'un état médical antérieur sur la garantie d'assurance autrement prévue. Cette

⁵ [1988] R.J.Q. 659 (C.A.).

clause réfère à la condition médicale préexistante de l'appelante et signale immédiatement et complètement l'effet d'exclusion partielle ou de réduction de la garantie.

« 3. L'assureur a coiffé du titre « exclusions » l'une des clauses et du titre « conditions médicales préexistantes » l'autre.

Le législateur exigeait de l'assureur qu'il signale toute exclusion ou clause de réduction d'un titre approprié tel que « Exclusions et réduction de la garantie ». Il est évident que le législateur ne donne là qu'un exemple de ce qui peut être un titre approprié pour signaler une exclusion ou une réduction. Mais l'exemple fourni montre combien le titre doit être explicite. Le titre suggéré met en évidence le résultat de la clause d'exclusion. Le titre dont on a coiffé la clause 4 n'attire nullement l'attention sur les effets des conditions médicales préexistantes. Le titre de la clause 4 met plutôt en évidence la cause et enfouit dans le texte l'effet de cette cause. Le lecteur qui connaît l'article 2502 du code et qui lit les titres est justifié de penser que toutes les exclusions sont concentrées dans la clause exclusions et qu'il n'a pas à chercher ailleurs une autre cause d'exclusion. La clause 4 n'est donc pas coiffée d'un titre approprié.

[...]

Il en résulte que la clause relative aux conditions médicales préexistantes est sans effet. La condition médicale préexistante dont souffrait l'appelant n'étant pas inscrite sous la clause d'exclusion ou sous une autre clause dont le titre signale l'effet d'exclusion du bénéfice promis, l'appelant avait droit à jugement. L'appel doit être maintenu. »⁶

[25] Cette situation n'existe pas en l'instance.

[26] Adapté et appliqué au présent dossier, le premier alinéa de cette clause signifie que si l'appelante est frappée d'invalidité totale à la suite d'une arthrite rhumatoïde pour laquelle elle a été traitée ou a reçu des soins d'un médecin (ici le docteur Starr) au cours des douze mois précédant immédiatement son assurance, soit entre le 23 mai 1999 et le 22 août 2000, la durée des prestations ne dépassera pas alors douze mois pour une telle invalidité. C'est la clause restrictive, qui comporte une exception à la garantie d'assurance prévue, ainsi réduite et restreinte à une période de douze mois.

⁶ p. 662, j. Dugas *ad hoc*.

[27] Le dernier alinéa comporte une exception à cette réduction, qui peut prolonger cette période de douze mois pour le versement des prestations, laquelle produit un retour à la règle de la pleine garantie d'assurance, sans réduction.

[28] Cet alinéa signifie que cette restriction de garantie, qui limite le versement de prestations à une période réduite et maximale de douze mois, ne s'appliquera pas s'il s'est écoulée entre la date d'effet de l'assurance, soit le 23 août 2000, et le premier jour de l'invalidité totale, une période de douze mois consécutifs durant laquelle ne s'est pas produite la situation décrite au premier alinéa, soit que l'employée assurée a été traitée par un médecin ou a reçu des soins médicaux ou des services médicaux. Or, entre le 23 août 2000 et le 22 août 2001, alors qu'a débuté la période d'invalidité, l'appelante reçoit des soins médicaux du docteur Starr qui la traite pour cette même maladie en lui prescrivant comme auparavant deux médicaments. Cette exception à cette restriction devient dès lors inapplicable, de sorte que prend effet la restriction rattachée à cette période limite de douze mois pour le versement de prestations, en réduction de la garantie.

[29] Si l'appelante n'avait reçu aucun soin ou traitement relié à l'arthrite rhumatoïde entre le 23 août 2000 et le 22 août 2001, elle aurait eu droit à des prestations d'invalidité pour une période supérieure à celle de douze mois. Mais tel n'est pas le cas, eu égard à la situation factuelle constatée et retenue par le premier juge. La durée maximale des prestations exigibles est donc de douze mois, déjà versées.

[30] Cette clause se comprend et s'applique aisément; elle est claire, précise et non ambiguë. Elle énonce de façon claire la norme juridique applicable et ne requiert aucune interprétation. Une divergence d'opinion quant à la portée d'une clause juridique ne signifie pas en soi que le texte est ambigu. Le premier juge, avec raison, décide que ce texte est clair et non ambigu. Examinons maintenant la portée de l'attestation d'assurance.

2. Attestation d'assurance

[31] Il y a lieu de vérifier de quelle façon cette clause contractuelle est exprimée à l'attestation d'assurance. L'appelante, qui invoque l'article 2401 C.c.Q., plaide qu'une divergence existe entre cette clause de la police et le texte pertinent à l'attestation d'assurance sous forme de brochure.

[32] Elle met l'accent sur l'attestation d'assurance qui lui semble plus favorable à ses prétentions, selon son intérêt, qu'elle qualifie d'incompréhensible et inapplicable, de sorte qu'elle devrait bénéficier de la pleine garantie d'assurance, sans réduction.

[33] Dans sa portion pertinente, l'attestation d'assurance énonce :

« Restriction relative à un état préexistant

Si vous devenez totalement invalide par suite d'une maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez été traité par un médecin autorisé ou avez reçu des soins ou services médicaux dans les 12 mois précédant la date d'effet de votre assurance au titre de la présente garantie, le délai d'attente sera de 180 jours, ou celui indiqué au SOMMAIRE DES GARANTIES s'il est plus long, et la durée des prestations ne dépassera pas 12 mois, à moins que, entre la date d'effet de votre assurance et le premier jour d'invalidité totale, il ne se soit écoulé 12 mois consécutifs au cours desquels vous n'avez pas été traité par un médecin autorisé et n'avez pas reçu de soins ou services médicaux pour cette même maladie ou blessure corporelle ou une autre qui lui est connexe. »

[34] Ce titre s'harmonise fort bien avec le texte qu'il annonce, sans confusion aucune.

[35] L'état préexistant est la maladie préexistante, soit celle qui existe avant le 23 août 2000, date d'effet de l'assurance. Adapté et appliqué au présent dossier, ce texte exprime et signifie que si l'appelante devient invalide par suite d'une arthrite rhumatoïde pour laquelle elle a été traitée par un médecin, ou a reçu des soins ou services médicaux dans les douze mois précédant la date d'effet de l'assurance, soit entre le 23 août 1999 et le 22 août 2000, les prestations prévues seront versées pour une période d'au plus douze mois. Cette limite ne s'appliquera pas si, durant les douze mois consécutifs entre la date d'effet de son assurance, soit depuis le 23 août 2000, et le premier jour d'invalidité totale, ici survenu avant le 22 août 2001, l'appelante n'a pas été traitée par un médecin et n'a pas reçu de soins ou services médicaux pour cette arthrite rhumatoïde. Dans ce cas, elle pourra bénéficier de la pleine garantie d'assurance, sans réduction ou limite. L'exception à cette réduction de la garantie marque un retour à la règle de l'entière garantie. Il en découle que, au cas contraire, l'exception ne s'applique pas, de sorte que subsiste la période maximale de douze mois pour le versement des prestations, en réduction de la garantie autrement prévue.

[36] Ce texte est clair et précis. Il s'accorde avec la clause de portée identique inscrite à la police d'assurance collective. L'attestation fournit un résumé fidèle du texte pertinent apparaissant à la police.⁷ Tous les éléments à la clause de réduction de garantie du contrat se retrouvent à l'attestation d'assurance. À la lumière du contexte factuel auquel l'appelante ne s'attarde guère, cette attestation d'assurance dispense l'assureur du versement des prestations au-delà de cette période de douze mois. Elle ne procure aucune prestation, ni ne contient aucune exclusion ou réduction de garantie,

⁷ *Lapointe. c. L'Industrielle-Alliance, compagnie d'assurance sur la vie*, [1998] R.R.A. 14 (C.A.), p. 15.

autre que ce que prévoit le contrat d'assurance. Aucune divergence n'existe entre la police d'assurance collective et l'attestation d'assurance.

[37] L'appelante se livre à un exercice de sémantique dans son analyse des mots et de portions de phrases, qu'elle isole du contexte même du sujet traité.

[38] Ainsi, le début du texte, sous « restriction relative à un état préexistant », emploie la conjonction « ou » («... pour laquelle vous avez été traité par un médecin autorisé ou avez reçu des soins ou services médicaux...»), alors que la fin du texte emploie la conjonction « et » («... vous n'avez pas été traité par un médecin autorisé et n'avez pas reçu de soins ou services médicaux...»). L'appelante plaide que cette dernière portion réfère à l'absence de traitement par un médecin que l'on peut néanmoins consulter et aussi à l'absence concomitante de soins ou de services médicaux, concluant que cette double exigence n'est pas ici respectée. Puisqu'elle voit une divergence entre la police et l'attestation d'assurance, elle invoque cette dernière, selon son intérêt, comme l'autorise l'article 2401 C.c.Q., pour écarter cette exception à la réduction de garantie auparavant exprimée et exiger ainsi l'exécution de la pleine garantie.

[39] Cette clause exige pour son application trois conditions essentielles : 1° une invalidité totale; 2° une maladie qui cause cette invalidité; 3° l'existence ou l'absence d'un acte de nature médicale rattaché à cette maladie durant cette période de douze mois. La simple existence de la maladie ne suffit pas. Encore faut-il qu'il y ait, selon le cas, existence ou absence de traitements, de soins ou services médicaux, soit des actes objectifs de nature médicale, qui peuvent être ceux énumérés à l'article 31 de la *Loi médicale*⁸ dans le cadre de l'exercice de la médecine, tels le diagnostic d'une maladie, la détermination du traitement médical, la prescription d'un médicament, la prescription d'un traitement, le tout, par exemple, à l'occasion d'une consultation chez le médecin. L'appelante a consulté et continue de consulter le docteur Starr pour soigner son arthrite rhumatoïde.

[40] Ces termes ne sont pas mutuellement exclusifs l'un de l'autre. Ils décrivent une même réalité, soit un acte de nature médicale qui vise à traiter une maladie dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir. Même si, au cas contraire, ils l'étaient, la solution serait la même.

⁸ L.R.Q. c.M-9.

[41] En vertu de l'article 31 de la *Loi médicale*⁹, prescrire un médicament est une activité réservée au médecin pour le traitement d'une maladie. Cette disposition énonce notamment :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivants :

1. diagnostiquer les maladies;
2. prescrire les examens diagnostiques;
3. ...
4. déterminer le traitement médical;
5. prescrire les médicaments et les autres substances;
6. prescrire les traitements; »

[42] La prescription de médicaments relève donc de l'exercice de la médecine qui consiste notamment à traiter une maladie dans le but de rétablir la santé.

[43] La prescription médicale d'un médicament constitue un mode de traitement.¹⁰ Entre le 23 août 1999 et le 22 août 2001, suivant une preuve acquise, soit durant les douze mois précédant et suivant l'entrée en vigueur de l'assurance, l'appelante reçoit des soins médicaux de la part d'un médecin qui prescrit deux médicaments comme traitement pour cette arthrite rhumatoïde qui la rend invalide, à l'origine de cette réclamation pour prestations d'invalidité.

[44] Le dictionnaire *Petit Robert* définit le mot « soin » : « Actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé » et le mot « soigner » : « Faire ce qu'il faut pour guérir ». Le dictionnaire *Nouveau Petit Larousse* définit le mot « soin » : « Moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade » et le mot « soigner » : « Avoir soin de quelqu'un ou de quelque chose : soigner un malade, soigner sa santé ».

⁹ L.R.Q. c.M-9.

¹⁰ *Tassé c. La Compagnie d'assurance du Canada sur la vie*, REJB 2002-32517 (C.A.); *L'Espérance-Morissette c. Les Coopérants et L'Industrielle-Alliance*, (1996) R.R.A. 576 (C.A.).

[45] Toute personne raisonnable pourrait valablement dire que l'appelante a été sous les soins du docteur Starr pour son arthrite rhumatoïde. Ainsi, l'action ou le moyen pour rétablir la santé de l'appelante réside dans des consultations chez le médecin et la consommation quotidienne de médicaments prescrits par ce dernier. L'appelante reçoit des soins du docteur Starr qui lui fournit, par définition, un service médical. Elle est soignée pour cette maladie par traitement axé sur la prise de médicaments. Traiter un patient, c'est le soigner; les soins sont un traitement; un traitement est un service médical. La prescription d'un médicament constitue un traitement.¹¹ « Le médecin peut traiter un patient bien sûr par une intervention chirurgicale, mais aussi en lui prescrivant une médication. »¹²

[46] La portée de l'attestation d'assurance est identique à celle du contrat d'assurance: l'appelante n'a droit qu'à des prestations d'invalidité d'une durée maximale de douze mois, déjà payées par l'intimée. L'article 2401 C.c.Q. n'est d'aucun secours.

[47] Je suis d'accord avec le premier juge lorsqu'il énonce :

« Contrairement à ce que plaide madame, les textes applicables, tant dans la brochure que dans la police, ne sont ni équivoques, ni imprécis, ni incompréhensibles, ni confus. La clause dit ce qu'elle veut dire. Il n'existe pas non plus de contradiction entre la première partie et la dernière partie du texte de la brochure. Celui-ci ne dit par ailleurs pas autre chose que la police. »¹³

[48] Je suis donc d'avis que l'appelante échoue dans ce principal moyen d'appel, le seul invoqué dans son inscription en appel de nature à infirmer le jugement. L'appelante soulève cependant dans son mémoire des moyens et y ajoute des conclusions non annoncés dans son inscription en appel et non auparavant invoqués en première instance, qu'il convient d'examiner brièvement.

NOUVEAUX MOYENS

[49] L'appelante reproche au premier juge une erreur de calcul relative à la somme octroyée et payée de 8 831,31 \$, représentant les prestations mensuelles exigibles. Le juge, plaide-t-elle, aurait fait défaut d'identifier une ambiguïté dans le formulaire des calculs au tableau des prestations mensuelles payables, de sorte qu'elle aurait dû

¹¹ *Tassé c. La Compagnie d'assurance du Canada sur la vie*, REJB 2002-32517 (C.A.).

¹² *L'Espérance-Morisette c. Les Coopérants et L'Industrielle-Alliance*, [1996] R.R.A. 576 (C.A.), p. 578-579, j. Michaud.

¹³ par. 10.

recevoir la somme de 2 031,48 \$ par mois, plutôt que celle de 1 851 \$, qu'elle réclame pour la première fois dans son mémoire.

[50] Voici comment s'exprime le premier juge à ce sujet :

« L'assureur reconnaît qu'il aurait dû indemniser madame jusqu'au 3 juillet 2002 inclusivement, ce qu'il n'a pas fait. Une semaine avant le début du procès, il a reconnu lui devoir à ce titre 8 881,31 \$, somme qu'il a déposée en fiducie. C'était trop tard pour que la règle habituelle des dépens ne s'applique pas. Le droit de madame sur la somme déposée lui sera par ailleurs reconnu. »¹⁴

[51] De fait, cette somme de 8 831,31 \$ lui a été remise par l'intimée en début de procès moyennant signature d'une quittance le 27 octobre 2004, écrit qu'elle omet de mentionner dans son mémoire. Dans cette quittance, l'appelante, alors représentée par avocat, reconnaît avoir reçu cette somme de 8 881,31 \$ « en paiement du capital, des intérêts et de l'indemnité additionnelle des prestations d'assurance invalidité payables au cours de la période s'échelonnant du 1^{er} mars 2002 au 3 juillet 2002 inclusivement en application de la clause *Restrictions relatives à un état antécédent* contenue à la police d'assurance collective », sous réserve de son droit de réclamer des prestations pour toute période au-delà du 3 juillet 2002, soit le véritable objet du litige.

[52] Dans sa déclaration, elle réclame des prestations de 1 851 \$ par mois « pursuant to the terms of her group insurance policy ». Dans son inscription en appel, elle demande à cette Cour de maintenir le jugement pour la somme de 8 881,31 \$, dans lequel le tribunal « condamne la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de 8 831,31 \$ déposée en fiducie, laquelle inclut les intérêts et l'indemnité additionnelle ».

[53] Cette conclusion est conforme à la demande exprimée par l'appelante en première instance et réitérée dans son inscription en appel. Ce nouveau moyen n'a jamais fait l'objet de débat, au sujet duquel l'intimée n'a pu s'exprimer ni présenter toute preuve utile en première instance. Comment l'appelante peut-elle maintenant reprocher au juge d'avoir commis une erreur de fait, alors que le montant octroyé est conforme à la demande originale, non amendée, et à la quittance de la nature d'une transaction dont la validité n'est pas attaquée? Au cas contraire, le juge aurait adjugé au-delà des conclusions recherchées, sans que l'intimée puisse s'en exprimer. Notre Cour s'est déjà prononcé à ce sujet :

¹⁴ par. 27.

« Le principe à ce sujet me paraît être qu'une partie ne peut soulever en appel un argument entièrement nouveau qui n'a pas été soulevé en première instance quand un tel argument, s'il avait été soulevé, aurait pu donner ouverture à des éléments additionnels de preuve. »¹⁵

[54] Ce moyen est irrecevable et aussi mal fondé en droit.

[55] Comme nouveau moyen, non invoqué en Cour supérieure, ni annoncé dans l'inscription en appel, l'appelante plaide l'enrichissement sans cause de l'intimée au motif que, suivant le contrat d'assurance, le montant payable comme prestation d'invalidité doit être diminué de la prestation d'invalidité payée par un régime public d'assurance. Elle attaque ainsi le contenu de cet écrit, plutôt que son application, sans invoquer pour autant aucun préjudice. La Régie des rentes du Québec est totalement étrangère à l'établissement de la somme de 8 881,31 \$ déjà payée, sans réduction. Puisque non annoncé dans l'inscription en appel ou plaidé en première instance, ce moyen académique nouvellement invoqué dans le mémoire n'a fait l'objet d'aucune discussion par le premier juge, ni de représentation ou de preuve pertinente par l'intimée.

[56] Il convient de rappeler que les conclusions d'un mémoire ne doivent pas être substantiellement différentes de celles d'une inscription en appel.¹⁶ Suivant l'article 496 C.p.c., l'inscription en appel doit notamment contenir « les conclusions recherchées par l'appelant et un énoncé détaillé des moyens qu'il prévoit utiliser ». L'autorisation du juge unique est requise pour la production d'un énoncé supplémentaire, lorsque l'appelant ne peut détailler tous les moyens qu'il prévoit utiliser, comme l'énonce le dernier alinéa de cette disposition. Rien de tel n'apparaît au dossier, alors que l'inscription en appel comporte quelque huit pages. Il va de soi que le juge n'a pu commettre d'erreur, puisque non invité à se prononcer sur cette nouvelle question tardivement et irrégulièrement soulevée. Ce moyen est donc irrecevable et ne saurait au surplus invalider le jugement.

[57] L'appelante soulève aussi comme nouveau moyen, non proposé en première instance, ni invoqué dans l'inscription en appel, qu'elle aurait droit à des dommages exemplaires à cause d'une violation à son droit à la vie privée, au motif que des informations relatives à ses dossiers médicaux ainsi que son numéro d'assurance sociale ont été déposés au dossier, auquel le public a accès. Inutile de dire que l'appelante ne peut réclamer de l'intimée des dommages exemplaires pour toute omission imputée au juge et que ce dernier ne peut être débiteur d'aucun dommage

¹⁵ *Pitre et Durand inc. (syndic de)*, [1990] R.J.Q. 2088 (C.A.), p. 2093, j. Nichols; aussi *Deschênes c. Coopérative Forestière du Nord-Ouest*, [1994] R.D.J. 16 (C.A.).

¹⁶ *Doyle c. Sparling*, [1987] R.D.J. 307 (C.A.).

exemplaire. Ce moyen est irrégulièrement plaidé, d'autant plus que l'appelante n'a jamais réclamé des dommages exemplaires en première instance, de sorte que l'intimée n'a pu alors s'en exprimer, ni présenter toute preuve utile. Il appert que l'appelante, alors représentée par avocat, n'a pas demandé que ces documents soient versés dans une enveloppe sous scellés, ce qui lui était loisible de faire. À nouveau, un tel moyen ne saurait infirmer le jugement. Ce moyen et la conclusion qui l'accompagne sont aussi irrecevables.

[58] Subsiste la seule véritable question en litige déjà examinée et sur laquelle le juge de première instance s'est prononcée sans erreur.

[59] J'en arrive à la conclusion que le pourvoi est mal fondé et en propose le rejet, avec dépens.

PIERRE TESSIER J.C.A. (AD HOC)