

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/844/2015

ATAS/166/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Laurent NEPHTALI

appellant

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sise
Dufourstrasse 40, ST. GALLEN, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER

intimée

Appel du jugement du Tribunal administratif de première instance
du 6 octobre 2015 (JPTI/1167/2015)

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1964, était responsable de service auprès de la B_____ assurance. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Compagnie d'assurances nationale suisse SA (ci-après Nationale suisse).
2. Il était également assuré auprès de Nationale suisse par un contrat d'assurance collective complémentaire à la LAA, police n° 1_____, régi par les conditions générales d'assurance (CGA), édition N 05. Le chiffre 8 desdites CGA prévoyait l'octroi d'un capital-invalidité.
3. Le 15 janvier 2003, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait à scooter. Un automobiliste venant en sens inverse l'a heurté, après lui avoir coupé la route.
4. L'assuré a été transporté aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), où les médecins ont diagnostiqué une fracture du col fémoral droit et une fracture sous-capitale de l'humérus droit. Il a subi le même jour en urgence une ostéosynthèse par trois vis parallèles de la fracture du col fémoral. L'opération de l'épaule droite a eu lieu le 21 janvier 2003 (ostéosynthèse par plaque Philos à cinq trous). L'assuré a été transféré le 27 janvier 2003 dans le service de médecine physique et rééducation de l'hôpital Beau-séjour où il a séjourné jusqu'au 26 mars 2003, date de son retour à domicile.
5. À teneur d'un rapport du 30 juin 2003 du docteur C_____, médecin chef de service adjoint du département de chirurgie des HUG, l'évolution s'était avérée très favorable, avec une reprise progressive de la marche sans douleur, sans canne et sans boiterie, ainsi qu'une fonction de l'épaule droite quasiment normale. Le traitement médical était terminé et le patient autorisé à reprendre son travail à 100% le 7 juillet 2003. La suite de la prise en charge a essentiellement consisté en de la physiothérapie.
6. En octobre 2004, l'assuré s'est plaint de douleurs antérieures de l'épaule droite correspondant à une douleur tendineuse du long chef du biceps.
7. Le 23 février 2006, Nationale suisse a confié une expertise au docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en lui demandant notamment de se prononcer sur l'existence d'un dommage permanent anatomique (invalidité médico-théorique) susceptible d'être indemnisé selon les CGA et, dans l'affirmative, d'indiquer le status clinique avec les amplitudes articulaires ainsi que les plaintes du patient.
8. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2006, le Dr D_____ a diagnostiqué une fracture du col fémoral type Garden III et une fracture sous-capitale de l'humérus droit. Il a relevé un début de coxarthrose droite au niveau de la hanche, révélé par les radiographies. L'expert a estimé le taux d'atteinte à l'intégrité à 3% au niveau

de la hanche droite et à 2% au niveau de l'épaule droite, se fondant sur les tables 1, 2 et 5 de la SUVA, le taux global étant de 5%. L'arthrose au niveau de la hanche droite pourrait s'aggraver dans les années à venir, de sorte que le taux d'atteinte à l'intégrité devrait alors être révisé en fonction de l'évolution. L'expert a évalué le taux d'invalidité permanente partielle (ci-après IPP) à 4% au niveau de la hanche et à 3% au niveau de l'épaule, fondant un taux global de 7%. Une réserve pour une éventuelle coxarthrose plus marquée de la hanche droite était également valable pour ce taux d'IPP.

9. Le 28 novembre 2006, Nationale suisse a adressé au conseil de l'assuré une déclaration d'indemnisation dans le cadre de l'assurance complémentaire à la LAA prévoyant le versement, sur la base du taux d'IPP déterminé par l'expert, d'un capital d'un montant de CHF 25'494.90, soit 7% du montant assuré de CHF 364'213.20 (somme assurée CHF 91'053.30 x 4). Nationale suisse précisait que la réserve pour une éventuelle coxarthrose plus marquée de la hanche droite était également valable pour le taux d'IPP. L'assuré était invité à retourner la déclaration dûment datée et signée.
10. Par courrier du 12 janvier 2007, le mandataire de l'assuré a déclaré former opposition à la décision du 28 novembre 2006, motif pris que toutes les séquelles consécutives à l'accident n'étaient pas encore définies à ce jour. En effet, une radiographie du coude droit pratiquée le 30 novembre 2006 avait mis en évidence une fracture longitudinale légèrement impactée de la partie latérale de la tête radiale, passée inaperçue jusqu'alors. La fracture était toutefois consolidée et aucun traitement n'était indiqué (cf. rapport du Prof. C_____ du 15 décembre 2006).
11. En date du 16 octobre 2007, il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'épaule et de la hanche droites de l'assuré.
12. En février 2008, Nationale suisse a confié une deuxième expertise au Dr D_____. Dans son rapport du 20 juin 2008, l'expert a indiqué que l'évolution était favorable au niveau de l'épaule droite, avec une diminution des douleurs depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Au niveau de la hanche droite, la symptomatologie restait en revanche comparable à celle de juin 2006. Quant à la fracture de la tête radiale du coude droit, elle n'entraînait pas de troubles dégénératifs et ne nécessitait aucun traitement. L'expert préconisait la poursuite de deux à trois séries de physiothérapie par an et éventuellement une prise en charge d'un abonnement fitness, mais il n'y avait plus d'amélioration à espérer de la poursuite d'un traitement médical. La capacité de travail de l'assuré était totale. Pour le surplus, l'expert a précisé que le taux d'atteinte à l'intégrité fixé dans son expertise de juin 2006 n'était pas modifié.
13. Par courrier du 30 juin 2008, Nationale suisse a indiqué à l'assuré que le taux IPP n'étant pas modifié, son courrier du 28 novembre 2006 restait valable. Elle restait dans l'attente du retour de la déclaration d'indemnisation du 28 novembre 2006 d'un montant de CHF 25'494.90.

14. Par décision du même jour, Nationale suisse a constaté que le traitement des suites directes de l'accident était terminé. Elle prenait néanmoins en charge le traitement de physiothérapie de deux à trois séries de neuf séances au maximum par année. Les cas de rechute ou de séquelles tardives étaient réservés. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon la LAA de 7%, soit CHF 7'476.-, a été versée à l'assuré. Pour le surplus, une rente d'invalidité ne se justifiait pas, la capacité de gain n'étant pas réduite.
15. Le 26 novembre 2008, suite à la demande de l'assuré, Nationale suisse lui a renvoyé la quittance d'indemnisation, l'invitant à y apposer la date, sa signature, ainsi que ses coordonnées bancaires.
16. Une IRM de la hanche droite réalisée le 24 septembre 2009 a mis en évidence une discrète coxarthrose. Dans ses rapports datés des 3 et 4 décembre 2009 ainsi que des 22 mars et 7 septembre 2010, le Prof. C_____ a retenu que cette coxarthrose, clairement liée à une séquelle post-traumatique de l'accident de 2003, était assez sévère et qu'elle nécessiterait, à moyen terme, une arthroplastie totale de la hanche.
17. En mars 2011, Nationale suisse a informé l'assuré de son intention de mettre en œuvre une troisième expertise médicale. Après de multiples rappels, Nationale suisse a communiqué à l'assuré un exemplaire du questionnaire d'expertise ainsi que la liste des experts pressentis.
18. Le 12 mars 2013, Nationale suisse a confié l'expertise au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, choisi par l'assuré.
19. Dans son rapport d'expertise du 18 mars 2013, le Dr E_____ a diagnostiqué une fracture cervicale consolidée avec légère bascule postérieure de la hanche droite, une coxarthrose droite, une fracture de la tête humérale droit consolidée et fracture de la tête radiale droite consolidée avec « marge d'escalier ». Ces lésions étaient en relation de causalité avec l'accident subi par l'assuré, le traitement n'était pas terminé et la pose d'une prothèse de la hanche était prévisible dans le futur. L'expert a fixé l'atteinte à l'intégrité de l'épaule à 5% et pour la hanche, - compte tenu d'une arthrose qualifiée d'entre moyenne et grave - , il a retenu le taux moyen de 30%, soit un taux global de 35%.
20. Par courrier du 13 mai 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a invité Nationale suisse à compléter l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) sur la base de la LAA et à la verser globalement sur la base de l'assurance complémentaire.
21. Par décision du 3 juin 2013, Nationale suisse, statuant selon la LAA, a admis la prise en charge du traitement médical futur (prothèse totale de hanche) et versé une allocation unique sous forme de capital d'un montant de CHF 38'380.-, conformément au taux d'IPAI fixé par l'expert à 35%.
22. Par courrier recommandé du 12 juin 2013, Nationale suisse a informé le mandataire de l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière sur une indemnisation de l'invalidité

médico-théorique de l'assurance complémentaire LAA, au motif que la prescription était acquise. Il ressortait en effet du rapport établi par le Dr D_____ en 2006 que le dommage anatomique permanent consécutif à l'accident du 15 janvier 2003 était acquis au plus tard depuis l'année 2006. Une première convention d'indemnisation du 28 novembre 2006 avait été soumise à l'assuré, qui l'avait refusée. Renvoyée à l'assuré le 28 novembre 2008, cette convention d'indemnisation a fait courir un nouveau délai de deux ans, soit jusqu'au 28 novembre 2010. Enfin, plus de deux ans s'étaient écoulés depuis la connaissance de la péjoration des séquelles, dont les premiers indices remontaient à une IRM pratiquée le 24 septembre 2009 et au rapport médical rédigé par le Prof. C_____ le 22 mars 2010.

23. L'assuré a contesté cette position le 23 juillet 2013. Après plusieurs échanges de correspondance, les parties ne sont pas parvenues à un accord.
24. Par acte du 5 août 2014, l'assuré, représenté par son conseil, a déposé une demande en paiement à l'encontre de Nationale suisse auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Par arrêt du 4 septembre 2014 (ATAS/974/2014), la chambre de céans l'a déclarée irrecevable et a invité le demandeur à mieux agir.
25. Par jugement du 8 octobre 2014, le Tribunal administratif de première instance (ci-après le TAPI) a déclaré irrecevable la nouvelle demande déposée le 1^{er} octobre 2014 par l'assuré, au motif qu'elle n'avait pas fait l'objet d'une tentative préalable de conciliation.
26. Le 14 octobre 2014, l'assuré a déposé auprès du Tribunal civil une requête en conciliation contre Nationale suisse. Le 21 janvier 2015, suite à l'échec de la tentative de conciliation, le Tribunal civil a délivré à l'assuré une autorisation de procéder dans un délai de trois mois.
27. Le 11 mars 2015, l'assuré a réintroduit sa demande en paiement auprès du TAPI, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que Nationale suisse soit condamnée à lui verser un capital-invalidité de CHF 129'347.70, avec intérêts à 5% l'an dès le 10 juin 2013. Il a fait valoir que le délai de prescription de deux ans devait se calculer à partir du rapport d'expertise établi le 18 mars 2013 par le Dr E_____, date à laquelle son invalidité pouvait objectivement être tenue pour acquise. Par ailleurs, la prescription avait été valablement interrompue par les conventions d'indemnisation transmises par Nationale suisse, de même que par ses courriers des 12 juin et 29 juillet 2013 qui valaient reconnaissance de dettes. En tout état, Nationale suisse commettait un abus de droit en se prévalant aujourd'hui de l'exception de prescription alors qu'elle n'avait jamais contesté son droit à la prestation et qu'elle avait montré toutes ces années une volonté de l'indemniser.
28. Dans sa réponse du 20 avril 2015, Nationale suisse a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours. L'assuré souffrait d'un dommage économique permanent au plus tard lorsque le Dr D_____ avait fait état d'une IPP, soit ensuite de son expertise du 18 mai 2006. Par ailleurs, si la coxarthrose dont souffrait l'assuré devait être considérée comme une suite tardive ou une rechute qui aurait

fait partir un nouveau délai de prescription, cette séquelle tardive était apparue fin 2009, voire 2010 déjà, les premiers indices remontant à l'IRM pratiquée le 24 septembre 2009 et aux rapports du Dr C_____ dont le dernier était daté de mars 2010. Dès lors que l'assuré n'avait pas retourné les conventions d'indemnisation, il n'avait jamais accepté le principe même d'une indemnisation. Partant, l'offre de paiement de Nationale suisse était demeurée exclusivement dans le cadre des pourparlers transactionnels. Pour le surplus, Nationale suisse a contesté avoir commis un abus de droit, dès lors qu'elle n'a jamais empêché l'assuré d'agir dans les délais.

29. En cours de procédure, l'intimée a informé le tribunal que depuis le 1^{er} mai 2015, la personne morale Helvetia compagnie suisse d'assurances SA (ci-après Helvetia) avait succédé à Nationale suisse.
30. Par jugement du 6 octobre 2015, le TAPI a débouté l'assuré des fins de sa requête, motif pris que la créance dont il se prévalait à l'égard de la défenderesse était prescrite depuis le 26 novembre 2010 au plus tard.
31. Par acte du 6 novembre 2015, l'assuré interjette appel à l'encontre de ce jugement, considérant que l'obligation d'indemniser avait pris naissance au moment où il subissait objectivement une invalidité présumée permanente, soit le 18 mars 2013. Enfin, le comportement actif de la Nationale suisse est relation de causalité adéquate avec le fait qu'il n'ait pas sollicité auprès de celle-ci une renonciation à invoquer la prescription. Il conclut à l'annulation du jugement de première instance et à la condamnation de l'intimée au paiement du montant de CHF 129'347.40, avec intérêts 5% l'an dès le 10 juin 2013.
32. Par réponse du 7 décembre 2015, l'intimée conclut au rejet du recours, relevant qu'il est clairement établi que l'assuré souffrait d'un dommage économique permanent au plus tard lorsque le Dr D_____ a fait état d'une IPP dans sa première expertise du 10 juillet 2006. La créance est par conséquent prescrite. Pour le surplus, elle conteste avoir commis un abus de droit.
33. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les formes requises et dans le délai de 30 jours dès la notification de la décision du Tribunal administratif de première instance, l'appel est recevable (art. 308 al. 1 let. a et 311 al. 1 CPC).
3. Le litige porte sur la prescription de la créance de l'appelant découlant du contrat d'assurance complémentaire-accident, soumis à la LCA.
4. Selon l'art. 46 al. 1ère phrase LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

L'imprécision de cette disposition a donné lieu à une abondante jurisprudence. Au terme d'une évolution, la jurisprudence a précisé que le "fait d'où naît l'obligation" ne se confond pas nécessairement avec la survenance du sinistre, même s'il s'agit de la cause première de l'obligation d'indemnisation. 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 accident, 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 payer des prestations (ATF 126 III 278 consid. 7a; 118 II 447 consid. 2b p. 454). Seule une prétention qui a déjà pris naissance peut être atteinte par la prescription (ATF 100 II 42 consid. 2d p. 48).

Le moment déterminant pour le départ de la prescription est donc celui où sont réunis tous les éléments constitutifs fondant le devoir de prestation (Leistungspflicht) de l'assureur (ATF 127 III 268 consid. 2b p. 271). Il s'ensuit que la notion de "fait d'où naît l'obligation" varie selon les diverses catégories d'assurances, et selon le type de prétention en cause (ATF 127 III 268 consid. 2b p. 270; arrêt du Tribunal fédéral 4A_645/2010 du 23 février 2011 consid. 2.2.2, rés. in JdT 2012 II 135).

Ainsi, pour connaître le "fait d'où naît l'obligation", et partant le point de départ de la prescription, il faut analyser le contrat d'assurance et déterminer quel est le sinistre assuré, respectivement quels éléments constitutifs doivent être réunis pour que l'assureur ait l'obligation d'indemniser l'assuré - sans égard aux déclarations et actes que doit faire la partie qui invoque une prétention (cf. par ex. Karl SPIRO, *Die Begrenzung privater Rechte durch Verjährungs-, Verwirkungs- und Fatalfristen* vol. I, 1975, p. 67 s.).

S'agissant d'une indemnité pour invalidité, la prescription court dès le jour où il est acquis qu'il existe une invalidité, à savoir généralement lorsqu'il faut admettre que les mesures thérapeutiques destinées à conjurer le mal ou, du moins, à limiter les effets de l'atteinte dommageable ont échoué. Il n'est en revanche pas nécessaire que le taux d'invalidité soit définitivement déterminé; c'est l'invalidité dans son principe, et non dans son ampleur, qui doit être acquise, à moins que le contrat d'assurance ne prévoie par exemple qu'un taux minimal d'invalidité doit être atteint pour que le cas d'assurance soit réalisé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_644/2014 du 27 avril 2015, consid. 2.3). Peu importe, enfin, le moment où l'assuré a eu

connaissance de son invalidité; la prescription commence à courir lorsque l'invalidité est acquise, sans égard au moment où l'assuré en a eu connaissance. Le point de départ du délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA est fixé de manière objective (ATF 139 III 263 consid. 1.2; 127 III 268 consid. 2b p. 270 et 2c p. 272; 118 II 447 consid. 3b et 4c; arrêt 5C.61/2003 précité consid. 3.3 et 3.5; Commentaire bâlois, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, p. 163 [Christoph K. GRABER] et p. 259 [ILERI/SCHMID, critiques]).

Enfin, le point de départ de la prescription n'est pas lié à l'exigibilité de la créance. En effet, dans la LCA, l'exigibilité dépend des renseignements donnés par l'assuré (art. 41 LCA), et le législateur ne voulait pas que celui-ci puisse influencer sur le départ de la prescription. La prescription peut ainsi courir avant que la prestation ne soit devenue exigible (ATF 139 III 263 consid. 1.2; arrêt du Tribunal fédéral 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.4.2). En revanche, une fois la prestation d'assurance devenue exigible, la prescription, bien évidemment, court (art. 130 al. 1 CO).

5. En l'espèce, l'autorité précédente a jugé que le délai de prescription de deux ans a commencé à courir le 10 juillet 2006 - date à laquelle une invalidité permanente a objectivement été établie -, que la prescription a été interrompue une première fois le 28 novembre 2006, puis une seconde fois le 26 novembre 2008, de sorte que la créance dont se prévaut le demandeur était prescrite le 26 novembre 2010 au plus tard.

L'appelant le conteste et soutient qu'il convient de retenir la date de l'expertise du Dr E_____, soit le 18 mars 2013. En effet, dès lors que l'intimée avait des doutes sérieux quant à son invalidité et son taux et qu'elle a finalement ordonné une expertise, son invalidité ne pouvait pas être présumée permanente.

6. a) Selon l'art. 8 A des CGA, « lorsqu'un accident a pour conséquence une invalidité présumée permanente survenant dans un délai de 5 ans à compter du jour de l'accident, la Compagnie paie le capital d'invalidité déterminé en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestation choisie. Peu importe dans ce cas qu'il en résulte ou non une perte de gain et quelle que soit l'importance de celle-ci. Le calcul s'effectue selon les mêmes critères que ceux utilisés dans l'assurance selon la LAA pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ».

Au regard de ce qui précède, c'est juste titre que l'autorité précédente a admis que le capital-invalidité est versé en cas d'invalidité médico-théorique.

b) Les prestations dues deviennent exigibles dès que l'invalidité présumée permanente, le degré d'impotence ou le dommage esthétique ont été constatés et que le versement d'une éventuelle indemnité journalière a cessé (cf. art. 8 G des CGA).

Contrairement à ce que l'appelant allègue, c'est bien l'expert D_____ qui a mis en évidence pour la première fois une IPP globale de 7% susceptible d'être indemnisée

selon les CGA et, partant, qu'une invalidité présumée permanente a été objectivement établie. On ne peut suivre l'appelant lorsqu'il allègue que le délai de prescription n'aurait commencé à courir qu'à réception du rapport d'expertise du Dr E_____ du 18 mars 2013, à savoir à partir du moment où la coxarthrose dont il souffre a été diagnostiquée. En effet, d'une part, le début de coxarthrose avait déjà été signalé par le Dr D_____ dans son expertise du 10 juillet 2006 puis à nouveau diagnostiquée par le Dr C_____ dans un rapport du 3 décembre 2009. D'autre part, conformément à l'art. 8 des CGA et à la jurisprudence, c'est l'invalidité dans son principe, et non dans son ampleur, qui doit être acquise. Au surplus, dans sa deuxième expertise du 20 juin 2008, le Dr D_____ a précisé que le taux de l'IPP fixé dans l'expertise de juin 2006 n'était pas modifié.

Au vu de ce qui précède, c'est bien le 10 juillet 2006 que l'obligation d'indemniser a pris naissance et que le délai de prescription de l'art. 46 LCA a commencé à courir.

7. L'autorité précédente a jugé que la prescription a été interrompue à deux reprises, le 28 novembre 2006 par l'envoi de la déclaration d'indemnisation au conseil de l'appelant, puis à nouveau le 26 novembre 2008 lorsque l'intimée a renvoyé la déclaration d'indemnisation.

L'intimée a en effet clairement manifesté son intention de prester le 26 novembre 2008, suite à la deuxième expertise du Dr D_____ dans laquelle il a déclaré que le taux de l'IPP fixé en 2006 n'était pas modifié. Par conséquent, un nouveau délai de deux ans a commencé à courir, délai qui est parvenu à échéance le 26 novembre 2010.

La prescription étant déjà acquise le 26 novembre 2010, l'appelant ne peut rien tirer en sa faveur de la proposition du 2 mars 2011 de l'intimée visant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Il convient ainsi d'admettre que faute d'autres actes interruptifs de prescription intervenus dans le délai de deux ans, la créance dont se prévaut l'appelant est prescrite.

8. Dans un dernier grief, l'appelant allègue que l'exception de prescription soulevée par l'intimée constitue un abus de droit.

Selon la jurisprudence relative à l'art. 45 al. 3 LCA, un délai est écoulé sans la faute du preneur d'assurance ou de l'ayant droit lorsque des circonstances dont il ne répond pas l'ont empêché d'agir dans le délai, ou encore lorsque, bien qu'il lui eût été possible d'agir dans le délai, cela ne pouvait être raisonnablement exigé de lui selon les règles de la bonne foi, compte tenu des circonstances. Ainsi, on ne saurait en règle générale exiger du créancier qu'il ouvre action aussi longtemps que les parties discutent sérieusement un règlement transactionnel du différend; l'omission d'agir dans le délai doit donc être considérée comme non fautive lorsque les parties ont mené sérieusement des pourparlers transactionnels au-delà de l'expiration du délai. Le preneur d'assurance ou l'ayant droit doit néanmoins ouvrir action "aussitôt

l'empêchement disparu", c'est-à-dire aussitôt que possible après la rupture des pourparlers (ATF 74 II 97 consid. 4a; 49 II 121 consid. 6 p. 135 s.; arrêt 4A_200/2008 précité consid. 2.2.3).

A teneur de l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances de l'espèce, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1 p. 169). Le recours à la règle prohibant l'abus de droit doit se concilier avec la finalité, telle que l'a voulue le législateur, de la norme matérielle applicable au cas concret (ATF 107 Ia 206 consid. 3b p. 211). 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 incite le créancier à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pendant le délai de prescription et que, selon une appréciation raisonnable, fondée sur des critères objectifs, ce retard apparaît compréhensible. Le comportement du débiteur doit être en relation de causalité avec le retard à agir du créancier (ATF 131 III 430 consid. 2; 128 V 236 consid. 4a). En revanche, si, une fois la prescription acquise, le débiteur a adopté une attitude propre à dissuader le créancier d'agir, ce dernier ne saurait invoquer l'abus de droit (Pascal PICHONNAZ, in Commentaire romand, 2^{ème} éd. 2012, n° 13 ad art. 142 CO); en effet, le comportement du débiteur ne joue plus aucun rôle après l'écoulement du délai de prescription, sauf s'il en ressort qu'il renonce au droit de soulever l'exception de prescription (ATF 113 II 264 consid. 2e).

En l'espèce, l'appelant ne peut raisonnablement soutenir que l'intimée l'aurait d'une manière quelconque dissuadé d'agir dans les délais. En effet, l'intimée lui a communiqué à deux reprises une déclaration d'indemnisation, qu'il n'a jamais retournée. Il ressort par ailleurs d'un courriel du 17 octobre 2010 que selon un entretien téléphonique avec le mandataire de l'appelant, la déclaration d'indemnisation devait prochainement parvenir à l'assureur aux fins du règlement du sinistre. Si l'appelant n'entendait finalement pas l'accepter, il lui appartenait alors d'interrompre le délai de prescription. Pour le surplus, l'appelant ne démontre pas que les parties auraient ensuite mené des pourparlers transactionnels. D'ailleurs, comme le relève l'autorité précédente, la mise en œuvre de la troisième expertise annoncée en mars 2011 n'a pu se faire que deux ans plus tard, en raison de l'inaction du conseil du demandeur et, alors même que l'appelant connaissait la position de l'intimée le 12 juin 2013 au plus tard, il n'a déposé une requête en conciliation que le 14 octobre 2014.

En conséquence, c'est à bon droit que l'autorité précédente a rejeté le grief d'abus de droit.

9. Mal fondé, l'appel est rejeté.
10. Il n'est pas alloué de dépens à la charge de l'assuré, ni perçu de frais judiciaires (art. 22 al. 3 let. a de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012; LaCC - E 1 05).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare l'appel recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens ni perçu de frais judiciaires.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). 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'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La valeur litigieuse des conclusions pécuniaires est en l'espèce, au sens de la LTF, supérieure ou égale à CHF 30'000.-.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le

Copie au Tribunal administratif de première instance