

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 22 août 2014

---

Présidence de M. COLOMBINI, président  
Juges : MM. Abrecht et Perrot  
Greffière : Mme Bertholet

\*\*\*\*\*

**Art. 18 al. 1 CO; 45 al. 3, 46 et 88 al. 1 LCA**

Statuant à huis clos sur l'appel interjeté par **Z.**\_\_\_\_\_, à Grand-Lancy, contre le jugement rendu le 20 août 2013 par la Cour civile du Tribunal cantonal dans la cause divisant l'appelant d'avec **O.**\_\_\_\_\_, à Winterthour, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal voit :

## **En fait :**

**A.** Par jugement du 20 août 2013, dont les considérants ont été notifiés aux parties le 20 janvier 2014, la Cour civile du Tribunal cantonal a rejeté les conclusions prises par le demandeur Z. \_\_\_\_\_ au pied de sa demande déposée le 28 avril 2009 contre la défenderesse O. \_\_\_\_\_ (I), a arrêté les frais de justice à 13'721 fr. 65 pour le demandeur et à 11'287 fr. 25 pour la défenderesse (II) et a dit que le demandeur versera à la défenderesse le montant de 42'787 fr. 25 à titre de dépens (III).

En droit, les premiers juges ont considéré qu'en signant la déclaration de renonciation à la prescription du 18 mai 2008, la défenderesse n'avait pas renoncé à invoquer la prescription au cas où elle était acquise à cette date et ont examiné si les prétentions du demandeur étaient prescrites ou périmées. Ils ont retenu que les prétentions en paiement d'indemnités journalières d'hospitalisation, versées du 14 août au 5 novembre 1996, ainsi que les indemnités journalières, dues au maximum pendant 720 jours dans la limite de cinq ans à partir du jour de l'accident - soit, en l'espèce, le 14 août 1996 - mais au plus tard jusqu'au moment du versement d'une éventuelle prestation d'invalidité, étaient largement prescrites, eu égard à l'art. 46 al. 1 LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, RS 221.229.1) et devaient être rejetées. Les premiers juges ont ensuite procédé à l'examen de la prétention du demandeur en paiement d'une somme d'invalidité. Ils ont considéré que le délai de péremption prévu par l'art. 28 let. b ch. 5 des conditions générales d'assurance, lequel prévoyait que "la somme d'invalidité ou la rente est payée dès que l'importance de l'invalidité permanente peut être déterminée, mais au plus tard cinq ans après le jour de l'accident", arrivait à échéance le 14 août 2001, mais qu'il ne pouvait être appliqué s'il était échu avant le délai de prescription légal de l'art. 46 al. 1 LCA. Pour déterminer ce dernier, ils ont retenu que le dies a quo correspondait au moment où l'invalidité était constatée et le taux de cette dernière déterminé, soit en l'espèce le 14 mai 2003. Constatant que le délai de prescription de deux ans de l'art. 46 al. 1 LCA arrivait ainsi à

échéance le 14 mai 2005, ils ont rejeté la prétention du demandeur. Subsidiairement, les premiers juges ont considéré que l'art. 45 al. 3 LCA, permettant au preneur ou à l'ayant droit qui est en demeure sans faute de sa part d'accomplir l'acte retardé aussitôt l'empêchement disparu, ne trouvait pas application en l'espèce, dès lors que la défenderesse avait adressé au conseil du demandeur un courrier le 7 juillet 2005 lui indiquant qu'elle n'entendait lui allouer aucune indemnité pour invalidité sur la base du contrat d'assurance-accidents complémentaire, que le demandeur n'avait pas allégué ni établi que les négociations se seraient poursuivies et qu'il a ouvert action par demande du 28 avril 2009, soit près de quatre ans après la fin des négociations.

**B.** Par acte du 17 février 2014, Z.\_\_\_\_\_ a fait appel de ce jugement, en concluant, avec suite de frais, principalement à sa réforme en ce sens qu'O.\_\_\_\_\_ soit condamnée à lui payer la somme de 877'726 fr. 50 avec intérêts à 5% l'an dès le 23 septembre 2004, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité de première instance pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

**C.** La Cour d'appel civile retient les faits suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

**1.** Le demandeur Z.\_\_\_\_\_ est né le [...] 1951. Il est informaticien de profession.

La défenderesse O.\_\_\_\_\_ est une société anonyme dont le siège principal est situé à [...]; elle a une succursale à Lausanne. Elle a repris les droits et obligations de l'Y.\_\_\_\_\_ (ci-après: Y.\_\_\_\_\_).

**2.** Le 14 août 1996, le demandeur a été victime d'un accident de la circulation dans le canton de Genève. Il circulait alors au guidon d'une motocyclette avec comme passager son fils, né le [...] 1978.

Il ressort du rapport d'accident établi le 15 août 1996 que la route du demandeur a été coupée par un automobiliste qui conduisait sous l'emprise de l'alcool, que le demandeur et son fils ont été grièvement blessés à cette occasion, que le demandeur a en particulier souffert d'une fracture des poignets ainsi que de lésions internes et qu'il a été conduit à l'hôpital.

**3.** Lors de la survenance de cet accident, le demandeur était employé auprès d'A.\_\_\_\_\_, à Carouge (GE). Il faisait partie du "Groupe I Administration et bureaux à Genève, Langenthal et Schwyz". Il percevait un salaire mensuel brut de 5'050 fr., payable treize fois l'an, auquel s'ajoutaient des allocations familiales de 440 fr. payables douze fois l'an, soit un salaire annuel brut de 70'930 francs; au mois de juillet 1996, s'y est ajouté un poste "divers non soumis" par 250 francs.

**4.** A.\_\_\_\_\_ avait contracté auprès de l'Y.\_\_\_\_\_ une police d'assurance-accidents obligatoire LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20) (n° 7'001'501).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1991, A.\_\_\_\_\_ était également au bénéfice d'une police d'assurance-accidents complémentaire LAA (n° 1'010'612/0) en faveur de ses employés. Sous la mention "conditions particulières" de cette police, il était indiqué que "L'assurance couvre l'ensemble du personnel de l'entreprise sur la base des salaires déclarés dans la proposition". Sous la rubrique "prestations assurées" "assurance complémentaire", cette police prévoyait notamment les prestations suivantes en faveur du "Groupe I Administration et bureaux à Genève, Langenthal et Schwyz":

- "- Invalidité : 4 x le salaire annuel LAA en capital constant-progression "B"
- Indemnité journalière : 100% du salaire LAA pendant les deux premiers jours  
20% du salaire LAA dès le 3<sup>ème</sup> jour
- Indemnité journalière d'hospitalisation : 20% du salaire LAA".

La durée contractuelle de la police d'assurance complémentaire était de trois ans dès le 1<sup>er</sup> janvier 1991, renouvelable tacitement d'année en année. Cette police a effectivement été renouvelée tacitement d'année en année, à tout le moins jusqu'à la date de l'accident, et n'a pas été dénoncée avant l'année 1999 au plus tôt.

La police d'assurance complémentaire renvoyait expressément aux conditions générales pour l'assurance complémentaire à la LAA (746.100.1-F), édition 1984 (ci-après: CGA) et aux conditions complémentaires aux conditions générales pour l'assurance complémentaire à la LAA (746.100.2-F), édition 1984 (ci-après: CCA).

L'art. 1 CGA renvoyait à la LCA pour les questions qui n'étaient pas réglées dans les conditions générales, les conditions complémentaires, la police et les éventuels avenants. L'art. 16 CGA précisait que les communications devaient être faites à son siège à Lausanne et l'art. 17 CGA disposait que le for était à Lausanne également. L'art. 27 CGA, relatif aux indemnités journalières, prévoyait sous lettre c, intitulée "Durée de la prestation", que "La Compagnie paie l'indemnité journalière, par accident, au maximum pendant 720 jours dans la limite de 5 ans à partir du jour de l'accident mais au plus tard jusqu'au moment du versement d'une éventuelle prestation d'invalidité selon l'art. 28". L'art. 28 CGA avait trait aux cas d'invalidité. Sous lettre b, chiffre 3, intitulé "Variantes de progressions", il était prévu qu'au cas où l'assurance invalidité progressive avait été convenue, la somme d'invalidité était calculée selon la variante choisie et le tableau "prestations en % de la somme d'assurance"; ce dernier indiquait le chiffre "275" en regard de la variante de progression B et du degré d'invalidité de 85%. Sous lettre b, chiffre 5, intitulé "Paiement des prestations", il était prévu que "La somme d'invalidité ou la rente est payée dès que l'importance de l'invalidité permanente peut être déterminée, mais au plus tard 5 ans après le jour de l'accident". Enfin, l'art. 30 let. a CGA indiquait ce qui suit:

"a) Bases de calcul

L'indemnité journalière d'hospitalisation et l'indemnité journalière sont calculées d'après le gain journalier assuré.

Les prestations d'invalidité et en cas de décès sont calculées d'après le gain annuel assuré.

Le gain assuré est déterminé selon les dispositions de la législation sur l'assurance accidents et ceci aussi bien dans le cadre du salaire LAA que dans celui du salaire excédentaire."

L'art. 1 des CCA renvoyait à la LAA et aux ordonnances y relatives.

Au moment de l'accident, le demandeur était une personne assurée au sens de l'art. 19 let. a CGA et couverte par la police d'assurance complémentaire susmentionnée. L'employeur du demandeur a rempli une déclaration d'accident LAA de l'Y. \_\_\_\_\_ le 26 août 1996.

**5.** Le 21 novembre 1996, l'Y. \_\_\_\_\_ a adressé à A. \_\_\_\_\_ un décompte d'indemnités journalières octroyées au demandeur ensuite de son accident dont il ressort ce qui suit:

**"Assurance obligatoire LAA**

100% du 17.08.96	au 31.10.96 = 76	jours	à	fr. 163.-- fr.
12'388.--				

[...]

**Assurance complémentaire LAA**

100% du 15.08.96	au 16.08.96 = 2	jours	à	fr. 203.25
fr. 406.50				
100% du 17.08.96	au 31.10.96 = 76	jours	à	fr. 40.25 fr.
3'059.--				
indem. jour. hosp	du 14.08 au 11.10.96		à	fr. 40.25 fr.
2'374.75".				

Il ressort des décomptes ultérieurs adressés par l'Y. \_\_\_\_\_ à A. \_\_\_\_\_ que des prestations d'assurance complémentaire LAA ont été octroyées au demandeur, savoir des indemnités journalières à 100% jusqu'au 2 février 1997 et à 50% jusqu'au 28 février 1997 ainsi que des indemnités journalières d'hospitalisation jusqu'au 5 novembre 1996.

**6.** A partir du 3 février 1997, le demandeur a pu reprendre son ancienne activité professionnelle à un taux de 50%, mais son taux d'activité est demeuré fluctuant.

**7.** Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a assuré le suivi du demandeur après son accident. Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 5 mars 1997, il a répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il fallait craindre un dommage permanent et a précisé qu'il était encore prématuré d'en fixer le taux.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique et en chirurgie de la main, a assuré le suivi du demandeur après son accident. Du rapport médical intermédiaire LAA qu'il a établi le 20 juin 1997 à l'attention de l'Y.\_\_\_\_\_, il ressort notamment ce qui suit (ndlr.: les passages en italique correspondent aux réponses du médecin à la formule préimprimée):

## **"2. Evolution**

a) Evolution et état actuel (subjectif et objectif): *Subj.: le patient est surtout gêné par une fatigabilité accrue à l'usage de ses 2 mains, avec une perte de force (D++), et mentionne des troubles sensitifs itératifs modérés bilatéraux aux deux mains.*

b) [...]

## **3. Reprise du travail [...]**

b) [...]

c) Y a-t-il à craindre un dommage permanent? *oui*

Dans l'affirmative de quelle nature et de quel taux? *séquelles de fractures intraarticulaires bilat. avec douleurs arthrosiques, et perte de force consécutive à un important Sudeck développé à D, avec troubles sensitifs résiduels".*

**8.** A partir du 29 juillet 1997, le demandeur a pu augmenter son taux d'activité professionnelle à 70%.

**9.** Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a assuré le suivi du demandeur après son accident. Dans son "rapport médical circonstancié" du 13 février 1998 portant sur les suites de cet accident, il a indiqué à propos de l'épaule gauche du demandeur que "son

état devrait être stabilisé d'ici fin 1998". Plus loin dans ce rapport, ce médecin a expliqué à propos des séquelles constatées au genou droit du demandeur que "la stabilisation de l'état devrait également intervenir d'ici la fin 1998".

Dans une lettre du 20 mars 1998, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie qui a assuré le suivi du demandeur après son accident, a écrit au Dr G.\_\_\_\_\_ qu'"en conclusion, les troubles érectiles sont très certainement dus à des séquelles post-traumatiques".

Dans un rapport médical du 26 mars 1998, le Dr G.\_\_\_\_\_ a ajouté l'annotation manuscrite "post traumatique" en regard de la mention "dans les suites, on note également une impotentia-coeundi".

Dans son rapport médical du 31 mars 1998, le Dr T.\_\_\_\_\_ a notamment écrit ce qui suit à propos de l'évolution des séquelles de l'accident:

"[...] D'autre part, du point de vue fonctionnel, le patient présente du côté G une mobilité réduite d'environ 28% et 23% dans les mouvements de pronation et supination respectivement. La flexion et l'extension ainsi que les mouvements de latéralité du poignet (déviations radiale et cubitale) ont récupéré dans des limites acceptables. A D, les mêmes mouvements de prono-supination sont réduits dans des proportions similaires.

A G, hormis une amélioration encore possible de la mobilité du poignet et de la force, il ne devrait plus y avoir de changement dans l'évolution à moyen et long terme. A D, le geste chirurgical réalisé sur les nerfs cubital et médian (intervention du 2.3.1998) devrait aider à la récupération de la conduction nerveuse et se traduire, d'ici quelques mois, par une amélioration des enregistrements électroneuromyographiques et des paramètres cliniques au niveau de la main D".

**10.** Du rapport médical intermédiaire LAA établi le 6 mai 1998 par le Dr T.\_\_\_\_\_ à l'attention de la défenderesse, il ressort notamment ce qui suit (ndlr.: les passages en italique correspondent aux réponses du médecin à la formule préimprimée):

**"3. Reprise du travail [...]**

b) [...]

- c) Y a-t-il à craindre un dommage permanent? *oui: troubles de la sensibilité bilat. (à D >>G) et perte de force ds les 2 mains. Le taux de dommage devrait faire éventuellement l'objet d'une expertise, peut-être en vue de l'attribution d'une rente pour atteinte à l'intégrité".*

Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 9 mai 1998 à l'attention de la défenderesse, le Dr [...] a notamment indiqué l'existence d'une faiblesse résiduelle de l'épaule gauche.

Du rapport médical intermédiaire LAA établi le 19 mai 1998 par le Dr G. \_\_\_\_\_ à l'attention de la défenderesse, il ressort notamment ce qui suit (ndlr.: les passages en italique correspondent aux réponses du médecin à la formule préimprimée):

## **"2. Evolution**

[...]

- d) Traitements: *Physiothérapie, suivi spécialisé chez l'orthopédiste le chirurgien de la main et le diabétologue.*

e) [...]

- f) Durée probable du traitement? *indéterminé. Probablement à vie.*

## **3. Reprise du travail (...)**

b) [...]

- c) Y a-t-il à craindre un dommage permanent? *Oui.*

Dans l'affirmative de quelle nature et à quel taux? *Je pense qu'il faut procéder à une expertise qualifiée."*

Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 22 mai 1998 à l'attention de la défenderesse, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué sous la rubrique "diagnostic" une "impuissance post-traumatique après accident en août 1996".

**11.** Par courrier du 12 juin 1998, la défenderesse a écrit ce qui suit au conseil du demandeur:

"M. O. \_\_\_\_\_, par le biais de son employeur bénéficie d'une couverture de base obligatoire (selon la LAA) et d'une couverture complémentaire à cette base (ACLAA).

Les prestations suivantes sont couvertes:

[...]

### **ACLAA**

- [...]
- [...]
- invalidité: 4 X le salaire annuel LAA assuré en progression B
- [...]

Actuellement, notre assuré a une capacité de travail de 70%".

Par courrier du 10 juillet 1998, la défenderesse a rendu attentif le conseil du demandeur à l'existence d'une police d'assurance complémentaire LAA conclue avec l'employeur du demandeur. A cette occasion, la défenderesse a remis à ce conseil un exemplaire des conditions générales, dans leur édition de 1984. Ce courrier contient notamment le passage suivant:

"Nous joignons également à notre envoi un exemplaire des Conditions générales pour l'assurance complémentaire LAA. Vous trouverez à l'art. 28 les dispositions relative à l'indemnité pour invalidité".

**12.** Le 1<sup>er</sup> septembre 1998, le demandeur a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de la République et Canton de Genève (ci-après: Office cantonal de l'assurance-invalidité).

**13.** Dans un rapport médical du 5 novembre 1998 remis au demandeur et à son conseil, le Dr G. \_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit:

"L'utilisation de ses mains malgré de nombreuses opérations de réparation ou transposition reste limitée et entraîne une fatigabilité accrue. Les séquelles urologiques entraînent un déficit évident au niveau de la vie privée du patient".

**14.** Dans une lettre adressée le 30 décembre 1998 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, le Dr G.\_\_\_\_\_ a décrit l'état de santé du demandeur comme "stationnaire".

Le 12 mars 1999, la division de réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a rendu un rapport, dont il ressort notamment ce qui suit:

### **"PROPOSITION**

#### **Refus de rente**

L'invalidité de Monsieur Z.\_\_\_\_\_ est de 30%. [...]

### **ETAT DE SANTE**

#### Diagnostic:

[...]

Dans les suites, on note également une impotentis-coeundi [recte : impotentia-coeundi] post traumatique

[...]

Evolution : Etat stationnaire

[...]

### **LIMITATIONS**

Physiques :

selon l'assuré : Douleurs incessantes dans l'ensemble du corps, fatigue.

[...]

### **DISCUSSION**

[...] Les séquelles de son accident sont multiples. Il souffre des différentes fractures qu'il a eues et ressent en permanence des douleurs, il est aussi plus vite fatigué. Il vit très mal cette situation sur le plan psychologique car il n'était pas responsable de l'accident, un autre a détruit sa vie sans se soucier de quoi que ce soit. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ s'est remis à travailler moins de 6 mois après son accident. Il est fermement décidé à continuer à travailler au moins à 70% et affirme que cela fait partie de son équilibre.

### **EVALUATION**

Les atteintes physiques de l'assuré sont très importantes mais lui permettent de continuer à exercer sa profession d'informaticien".

Par décision du 22 juin 1999, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a rejeté la demande de rente déposée par le demandeur et a notamment considéré ce qui suit:

"Selon les renseignements en notre possession, l'atteinte à la santé que vous présentez a entraîné une diminution de votre capacité de gain de 30%. Ce taux est insuffisant pour ouvrir le droit à la rente."

**15.** Dans son rapport médical LAA du 2 juillet 1999 à l'attention du médecin conseil de la défenderesse, le Dr G. \_\_\_\_\_ a fait un bilan de la situation du demandeur et a indiqué notamment ce qui suit:

"Etat de stress post-traumatique avec dépression réactionnelle grave.

L'évaluation de son invalidité dépend de plusieurs facteurs. Ce patient ayant subi un accident majeur de la circulation sans en être coupable, porte encore en lui de nombreuses séquelles de cet évènement. Sa prise en charge nécessite une équipe pluridisciplinaire, notamment un spécialiste FMH orthopédie, le Dr P. \_\_\_\_\_, un spécialiste FMH chirurgie de la main, le Dr T. \_\_\_\_\_, un spécialiste FMH urologie, le Dr W. \_\_\_\_\_, un spécialiste FMH endocrinologie, le Dr [...], un spécialiste FMH psychiatrie, le Dr [...], et un spécialiste FMH médecine générale, le Dr G. \_\_\_\_\_. Lors d'un précédent rapport adressé à l'O. \_\_\_\_\_, j'avais déjà mentionné la nécessité d'une expertise, d'une part pour chiffrer l'atteinte séquellaire, d'autre part l'invalidité. Le patient ne peut actuellement travailler qu'à 70% et ce chiffre risque d'être revu à la baisse ces prochaines années".

Le 15 juillet 1999, le Dr T. \_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit à la Dresse [...]:

"Au dernier contrôle en date (septembre 1998), le patient signale toujours l'existence de légers troubles sensitifs du côté D, mal systématisés, ne correspondant à aucun territoire et à caractère dysesthétique. (...) Le neurologue notait une légère amélioration sensitivo-motrice mais concluait, après deux ans d'évolution, à une stabilisation des résultats électro-physiologiques à des valeurs de l'ordre de 30-50% des valeurs normales.

J'ai revu Monsieur Z. \_\_\_\_\_ le 12.7.1999. Il évoque toujours les mêmes dysesthésies gênantes à l'avant-bras et à la main, mais il explique que depuis 3 mois il souffre également de fortes lancées douloureuses spontanées qui irradient en amont et en aval dans tout le MSD. (...) Pour ma part, je ne vois aucune solution chirurgicale au traitement de ces douleurs qui pourraient éventuellement rentrer dans le cadre de douleurs de désafférentation et être accentuées par l'existence sous-jacente d'un état dépressif".

Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 14 août 1999 à l'attention de la défenderesse, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit

(ndlr.: les passages en italique correspondent aux réponses du médecin à la formule préimprimée):

### "3. Invalidité médico-théorique

- a) Quelles sont les fonctions et activités dans lesquelles M. Z.\_\_\_\_\_ est handicapé(e) ou auxquelles la personne est inapte en raison des suites de l'accident du 14.08.1996? [...]  
*Pour les membres supérieurs (mains, poignets): ↓ force, ↓ habileté, fatigabilité accrue, perte de sensibilité).*
- b) Au vu des seules séquelles accidentelles, pourrait-on raisonnablement exiger de cette personne qu'elle reprenne une activité professionnelle)?  
*Pour les membres supérieurs → oui  
- si oui, dans quelle mesure?  
pas plus qu'au taux actuel, c.à.d. à 70% d'incapacité [recte : de capacité]".*

Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 20 septembre 1999 à l'attention de la défenderesse, le Dr W.\_\_\_\_\_ a répondu à la question de savoir si un dommage permanent était à craindre de la manière suivante: "OUI, impuissance post-traumatique".

Dans un courrier du 6 novembre 1999 adressé au conseil du demandeur, le Dr T.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit:

"[...] Pour donner suite à votre demande concernant M. Z.\_\_\_\_\_, veuillez trouver ci-après mes commentaires quant au quantum doloris de ce patient.

[...]

Importantes séquelles fonctionnelles et sensibles des poignets D > G sur:  
[...]

Au dernier contrôle [ndlr.: le 12 juillet 1999], le patient se plaignait essentiellement du membre supérieur D:

Troubles sensitifs permanents intéressant l'avant-bras et la main, à caractère dysesthétique, mal systématisés et ne correspondant à aucun territoire donné.

[...]

Fortes lancées douloureuses spontanées irradiant dans tout le membre supérieur D, autant à l'effort qu'au repos, et ne répondant à aucun médicament antalgique. Important état dépressif réactionnel.

En conclusion, les troubles dont se plaint Monsieur Z.\_\_\_\_\_ se répartissent en:

A) troubles fonctionnels et sensitifs des membres supérieurs (D>G)

B) troubles arthrosiques post-traumatiques des poignets.

Ad A):

Le barème de référence des "Atteintes à l'Intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs" selon la SUVA (Table 1) ne considère que les atteintes motrices (paralysie). Néanmoins, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ présente une atteinte partielle de la composante sensitive de ses nerfs médian, cubital et, dans une moindre mesure (cf. ENMG), radial préteritiant l'usage normal de sa main D.

Par analogie, il est dès lors légitime d'admettre une atteinte à l'intégrité de **20-25%**.

Ad B):

Le barème de référence des "Atteintes à l'Intégrité résultant d'arthroses" selon l SUVA (Table 5) propose, en cas d'arthrose simple des poignets ne nécessitant aucun geste chirurgical supplémentaire (résection articulaire ou osseuse, arthrodèse ou mise en place d'une prothèse), 5-10% d'atteinte à l'intégrité en cas d'arthrose moyenne et 10-25% en cas d'arthrose grave, et ce nonobstant du côté dominant. Chez Monsieur O.\_\_\_\_\_, on peut retenir, pour ses deux poignets, une atteinte de **10%**".

Le 22 novembre 1999, le Dr P.\_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit au conseil du demandeur:

"J'ai bien reçu votre demande de renseignement du 3 courant et j'ai l'honneur de pouvoir vous répondre de la manière suivante.

Il faut tout d'abord relever que Monsieur Z.\_\_\_\_\_ est un assuré LAA et que c'est dans ce cadre légal que nous devons fonder notre estimation de l'atteinte à l'intégrité, en tout cas dans un premier temps, (...)

J'avais donc revu votre mandant en mars puis en juin dernier pour des investigations de douleurs chroniques à son **épaule droite**. (...)

Je retiens dans ce segment lésé un taux d'atteinte à l'intégrité pour périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave, (inclusivement l'arthrose claviculaire) de 15%.

En ce qui concerne la fracture du bassin, il n'y a actuellement que des plaintes de type douleur météotrope et les dernières radiographies (janvier 1998) ont démontré des fractures consolidées et l'absence de complications arthrosiques des hanches: ceci nous amène à récuser toute atteinte à l'intégrité à ce niveau.

Enfin, en ce qui concerne le genou droit, qui a été victime d'un traumatisme articulaire important avec étirement du ligament latéral externe, ligament croisé postérieur et diverses lésions ostéocartilagineuses, il continue de présenter un syndrome fémoro-rotulien accompagné d'un début arthrose radiologique ce qui m'amène à proposer un taux d'atteinte à l'intégrité de 20%, appréciation qui tient compte d'une véritable dégradation arthrosique à moyen terme.

J'ajoute pour terminer que ces taux d'atteinte à l'intégrité dans le cadre LAA n'entraînent l'octroi que de compensations financières faibles et que, à mon idée, les négociations avec les assureurs devraient être largement appuyées par la notion de quantum doloris".

Par courrier du 16 décembre 1999, le Dr W.\_\_\_\_\_ a répondu en particulier ce qui suit au conseil du demandeur:

"En réponse à votre demande, je suis en mesure de vous fournir les quelques renseignements suivants:

A la suite de l'accident de circulation dont il a été victime le 14 août 1996, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ présente sur le plan urologique une impuissance post-traumatique. Selon l'annexe de l'article 36/2 de l'OLAA, ce fait peut constituer une atteinte à l'intégrité pouvant se chiffrer jusqu'à 40%."

Par courrier du 17 décembre 1999, le conseil du demandeur a écrit ce qui suit à la défenderesse:

"Je me permets de reprendre contact avec vous en cette fin d'année dans le cadre de l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité résultant, pour M. Z.\_\_\_\_\_, de l'accident visé en marge.

Aujourd'hui, en effet, plus de trois ans après l'accident, l'état de santé de mon mandant semble s'être enfin stabilisé.

Cependant, les nombreux traitements et opérations qu'il a subis depuis le 14 août 1996 auprès des différents spécialistes qui l'ont suivi - et qui le suivent actuellement encore - n'ont pas permis le rétablissement complet de M. Z.\_\_\_\_\_, qui souffre encore de séquelles physiques importantes.

Ainsi le docteur T.\_\_\_\_\_ - spécialiste FMH en chirurgie de la main - constate que son patient présente une atteinte partielle de la composante sensitive de ses nerfs médian, cubital et, dans une moindre mesure, radial, préteritant l'usage normal de sa main droite.

M. Z.\_\_\_\_\_ souffre également d'arthrose dans les deux poignets.

Ces différentes atteintes représentent, selon l'estimation du Dr T.\_\_\_\_\_ basée sur les tabelles de la SUVA, une atteinte à l'intégrité totale comprise entre **30 et 35%**.

M. Z.\_\_\_\_\_ a également subi - lors de l'accident - des lésions au niveau de son épaule droite ainsi que de son genou droit. Le Dr P.\_\_\_\_\_ - spécialiste FMH en chirurgie orthopédique -, constate une atteinte totale de 35% également, qui se répartit comme suit:

- **15%** pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave de l'épaule droite;
- **20%** pour un syndrome fémuro-rotulien accompagné d'un début d'arthrose radiologique du genou droit, qui entraînera vraisemblablement une dégradation arthrosique à moyen terme.

A noter encore que le Dr P.\_\_\_\_\_ précise que les douleurs importantes subies par mon mandant doivent également être prises en compte dans le cadre du calcul de l'atteinte à l'intégrité.

Au vu des rapports médicaux des deux médecins précités - que je vous joins en annexe et à la lecture desquels je vous renvoie pour le surplus -, les lésions subies par M. Z.\_\_\_\_\_ lors de son accident ont entraîné des séquelles représentant, en terme de pourcentage, une atteinte à son intégrité physique comprise entre **70 et 75%**.

A cela s'ajoute encore l'atteinte importante existant sur le point urologique, qui devrait être estimée par le Dr W.\_\_\_\_\_, dont nous attendons à ce jour encore le rapport médical.

Au vu des éléments dont je vous fais part ci-dessus, je vous saurais gré de bien vouloir établir une offre d'indemnisation à l'attention de M. Z.\_\_\_\_\_, [...]".

Par courrier du 21 décembre 1999, le conseil du demandeur a écrit ce qui suit à la défenderesse:

"En complément de mon dernier courrier du 17 décembre 1999, je vous fais parvenir ci-joint le certificat du Dr W.\_\_\_\_\_, dont nous étions alors toujours en attente.

Vous constaterez que le Dr W.\_\_\_\_\_ conclut à une atteinte à l'intégrité de M.Z.\_\_\_\_\_ sur le plan urologique de l'ordre de 40%.

Il conviendra donc que vous teniez également compte de ce dernier élément dans le cadre de la proposition que je vous demandais d'établir lors de mon courrier précité".

Par courrier du 27 janvier 2000, la défenderesse a répondu en particulier comme suit au conseil du demandeur:

"En tant qu'assureur-accident, nous sommes tenus de clarifier l'état de faits juridiquement pertinent en nous adressant à un expert médical. [...]"

Nous avons l'intention de soumettre les actes médicaux ainsi que le dossier radiologique au Dr A.S.\_\_\_\_\_ (FMH en chirurgie orthopédique), afin qu'il réponde aux questions annexées relatives aux modalités de boucllement. [...]"

Le 31 mai 2000, le Dr A.S.\_\_\_\_\_ a adressé à la défenderesse un courrier dont la teneur était la suivante:

"Cher Monsieur,  
suite à votre demande d'expertise du 22 février 2000, et comme je vous le disais par téléphone le 20 mars, le patient s'est présenté à son rendez-vous le 20 mars, accompagné de son épouse.

Nous avons discuté plus d'une heure ensemble, et je lui ai demandé de me signer une procuration pour que je puisse me renseigner auprès de ses différents médecins.

Le patient a refusé de signer cette autorisation, car son avocate lui a conseillé de ne pas me laisser la liberté de prendre contact avec tous les médecins qui se sont occupés de lui.

Jusqu'à aujourd'hui, j'ai attendu des nouvelles, soit de vous-même, soit de l'avocate.

Compte tenu de l'absence de réaction de quiconque, je ne vois pas la nécessité de garder plus longtemps les documents concernant ce patient.

Je vous prie donc de trouver ci-joint, et [sic] ma décharge, les documents en question, vous laissant la liberté, si vous l'estimez nécessaire, d'utiliser cette

lettre auprès d'une instance judiciaire pour justifier l'annulation de cette expertise chez moi".

Par courrier du 15 septembre 2000, la défenderesse a indiqué au conseil du demandeur que, dans l'état actuel des choses, elle était contrainte de mandater "un nouvel expert orthopédiste" en la personne du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin adjoint du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, à Lausanne.

Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 20 décembre 2000 à l'attention de la défenderesse, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il y avait à craindre un dommage permanent.

Le 25 avril 2001, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin associé du département universitaire de psychiatrie adulte du CHUV, a notamment écrit ce qui suit au Dr B.\_\_\_\_\_:

"Vous trouverez ci-dessous l'expertise psychiatrique que vous m'avez demandée, expertise faite pour le compte de l'assurance O.\_\_\_\_\_.

[...]

[...] Au vu de ce tableau, il est tout à fait admirable de constater que l'expertisé puisse travailler à 70%. Il est toutefois à craindre qu'à la longue il ne s'épuise et que la remise en question de ses capacités professionnelles soit vécue comme une blessure narcissique supplémentaire intolérable, l'expertisé ayant déjà perdu dans cet accident sa puissance sexuelle.

De notre point de vue, de par les douleurs persistantes que présente l'expertisé, de son état dépressif actuellement peu expressif, de son trouble organique de la personnalité, il nous paraît illusoire que Monsieur Z.\_\_\_\_\_ puisse avoir un taux d'activité supérieur à celui qu'il fournit aujourd'hui".

Par courrier du 21 mai 2001, le Dr B.\_\_\_\_\_ a, dans le cadre du mandat qui lui avait été confié par la défenderesse, indiqué ce qui suit:

**"Voici les réponses strictement orthopédiques aux nombreuses questions posées pour cette expertise:**

[...]

3. b) Y a-t-il lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé?

Etant donné que l'on est à plus de 4 ans de son accident et que le patient semble avoir des plaintes bien fixées et un état psychologique fixé par rapport à la gravité de son accident, je pense qu'il ne faut pas s'attendre à une modification et, en particulier, pas à une amélioration de l'état de santé par un quelconque traitement, qu'il soit psychiatrique, médicamenteux ou orthopédique.

Une bonne prise en charge par un médecin généraliste avec des médicaments atténuant l'état dépressif et les douleurs de type dégénératives, sont à même d'aider le patient sans réellement améliorer sa situation au sens propre du terme.

#### 4. Invalidité

- a) Quelles sont les fonctions et activités dans lesquelles M. Z. \_\_\_\_\_ est handicapé ou auxquelles il est inapte en raison des suites de l'accident de 1996:

Le patient ne peut pas marcher confortablement plus d'une heure en raison de douleurs de son genou droit. Il ne peut pas manipuler et porter des charges en raison des cals vicieux et des plaintes par rapport à ses 2 poignets, de plus de 10 kg de façon répétitive. Enfin, les positions fixes prolongées sont le plus souvent défavorables aux patients présentant des problèmes dégénératifs post-accident.

- b) Au vu des seules séquelles accidentelles, dans quelle mesure peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il reprenne une activité professionnelle?

Le patient a une activité professionnelle de l'ordre de 70% en tant qu'analyste-programmeur. Du point de vue strictement orthopédique, cette activité est compatible avec les séquelles de son accident. Du point de vue psychiatrique, comme vous pouvez le voir dans le rapport détaillé du Dr F. \_\_\_\_\_, il semble déjà que cette activité représente un gros effort de concentration pour ce patient labile et resté en dépression stationnaire ou en rémission partielle depuis son accident. On peut donc s'attendre à moyen terme à une évolution vers une diminution de la capacité de travail à 50%.

- c) Quels genres d'activités seraient exigibles (par ex. en position assise ou alternée, etc...) et avec quel horaire et quel rendement?

Comme déjà mentionné sous b), actuellement, le patient arrive à travailler dans un poste adapté à 70%. Peut-être que d'ici 1 ou 2 ans cette capacité devra être réadaptée pour des motifs médico-psychiatriques plus qu'orthopédiques, à 50%.

#### 5. Quelle est l'atteinte à l'intégrité selon la table Suva?

L'atteinte à l'intégrité selon les tables LAA de la Suva donnerait une atteinte de 15% pour l'épaule gauche vu la présence d'une périarthrite scapulo-humérale légère à moyenne et qu'il y a une certaine difficulté à atteindre 30° au-dessus de l'horizontale en abduction.

Au niveau des 2 poignets, même une arthrodèse radio-carpienne est considérée comme une atteinte à l'intégrité de 10%, en conséquence, des poignets encore mobiles mais douloureux à l'effort, surtout à droite, correspondent à une atteinte de 5% pour le poignet droit et de 0% pour le poignet gauche.

Au niveau du genou droit, compte tenu d'une tablette assez sévère du point de vue de la Caisse Nationale, on peut considérer que l'atteinte du genou droit est inférieure ou égale à 5%.

L'impuissance, qui n'est évidemment pas documentable par un orthopédiste, mais figurera sûrement dans le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, correspond à une atteinte de 40% à l'intégrité corporelle selon les tables de la LAA CNA.

Concernant l'estimation de l'atteinte à l'intégrité selon les tables des conditions générales de l'O.\_\_\_\_\_. (CGA), vous m'avez fourni l'édition de 1997 d'une tablette portant le n° 746.100.2-F, qui comporte surtout des renseignements sur les conditions générales de l'assurance, mais qui ne comporte que quelques renseignements globaux à l'article 28, pour les pertes fonctionnelles les plus majeures. Les pourcentages cités dans cette tablette concernent surtout des pertes d'organes, mais, globalement, par analogie avec la tablette LAA et dans l'esprit de cette tablette, on peut considérer qu'une atteinte de la puissance sexuelle associée à des troubles dégénératifs de l'épaule gauche, du poignet droit et du genou droit, correspondent à une atteinte à l'intégrité corporelle de l'ordre de 50%".

Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2001, la défenderesse a transmis au conseil du demandeur les conclusions des rapports des Drs B.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_.

Le 15 août 2001, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin adjoint du service d'urologie du CHUV, a remis au Dr B.\_\_\_\_\_ un rapport complémentaire confirmant l'origine traumatique du dysfonctionnement érectile du demandeur. Ce rapport a été transmis au conseil du demandeur par courrier du 29 août 2001.

Par courrier du 16 novembre 2001, le conseil du demandeur a notamment écrit ce qui suit à la défenderesse:

"[...], je reviens sur ce dossier pour vous communiquer ci-après les remarques et réserves formulées par mon mandant quant aux conclusions prises par les médecins concernés, comme suit:

1. Rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre associé (du 25 avril 2001)

Cet expert, bien qu'ayant posé un diagnostic précis, et ayant reconnu le patient comme polytraumatisé, et dépressif en raison notamment de la perte de sa puissance sexuelle, a omis d'apprécier la gravité du syndrome psycho-organique post-traumatique affectant M. Z.\_\_\_\_\_, selon les tables ad hoc fixant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

Dans le cas qui nous occupe, l'atteinte à ce titre peut être qualifiée de modérée à moyenne, entraînant un taux d'indemnisation de 35%, correspondant à une atteinte de degré 4 de l'échelle considérée.

[...]

2. Rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, médecin orthopédiste adjoint (du 21 mai 2001)

[...]

Or, en l'occurrence, compte tenu des diagnostics posés et des symptômes reconnus, les différentes atteintes doivent être révisées comme suit:

- épaule gauche: 15%;
- poignet: 5%;
- genou droit: 5% (réserve pour l'arthrose et lâchages);
- impuissance: 40%,

soit un taux total de 65%, auquel il y a lieu d'ajouter en sus un poste important qui n'a pas été chiffré ni retenu par l'expert, à savoir:

- L'atteinte à l'intégrité sensitive que l'on peut estimer raisonnablement entre 20% et 25% compte tenu des nerfs et musculature touchés, sur la base des tabelles SUVA fixant les taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs."

Par courrier du 7 décembre 2001, la défenderesse s'est déterminée comme il suit sur ce qui précède:

"Compte tenu de l'expertise réalisée, il est clair qu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé. Le bouclage du cas entre en ligne de compte au plus tard cet été. Nous passons donc au **régime de la rente depuis le 1<sup>er</sup> août 2001**. Depuis cette date, nous stoppons le paiement des prestations en nature".

Par courrier du 17 janvier 2002, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-conseil de la défenderesse a écrit à celle-ci ce qui suit:

"Selon votre demande du 19.12.2001, je vous prie de trouver ci-dessous ma position quant aux différentes atteintes à l'intégrité de M. Z. \_\_\_\_\_.

[...]

Selon la table n° 1 de la LAA, il s'agit donc bien d'une péri-arthrite scapulo-humérale moyenne qui donne un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%.

[...]

Le taux d'atteinte à l'intégrité actuelle du poignet droit est évalué à 5%.

[...]

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a admis un taux d'atteinte à l'intégrité de 5% pour le genou droit. Ce taux me paraît correct.

[...]

La table n° 9 qui traite de la perte de la capacité de reproduction donne un taux d'atteinte à l'intégrité pouvant être évalué à 40%.

[...]

En conclusion, l'atteinte à l'intégrité de l'épaule gauche, des poignets et du genou droit donne un taux global de 20%.

A noter que si la dysfonction érectile post-traumatique donne un taux d'atteinte à l'intégrité, celui-ci s'ajoute au taux de 20% déjà admis."

Ce rapport a été remis au conseil du demandeur par courrier du 23 janvier 2002.

**16.** Du 29 juillet 1997 au mois de février 2002, le demandeur a maintenu un taux d'activité de 70% de manière quasiment ininterrompue. A compter du 12 février 2002, il s'est trouvé en incapacité de travail à 50%; par la suite, son incapacité de travail a fluctué de 100% à 50%.

**17.** D'une note interne de la défenderesse établie sans signature le 12 mars 2002 au nom du Dr D. \_\_\_\_\_ il ressort notamment ce qui suit:

"Je prends connaissance des CGA en ACLAA en ce qui concerne l'invalidité anatomique.

Les taux d'invalidité sont identiques pour notre cas à ceux évalués en LAA, soit 10% pour l'épaule, 5% pour le poignet droit et 5% pour le genou droit".

**18.** Par décision du 25 mars 2002, intitulée "Accident du 14.08.1996 - Décision de rente LAA. Assurance-accidents obligatoire selon la LAA", la défenderesse a statué sur la rente d'invalidité LAA du demandeur. Elle y précisait ce qui suit:

"Par la présente décision, nous prenons position uniquement en ce qui concerne l'invalidité économique de l'assuré".

**19.** Le 28 avril 2003, le demandeur a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité une demande de révision concernant l'octroi d'une rente d'invalidité.

Par décision du 8 décembre 2003, soit plus de cinq ans après l'accident, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a alloué une demi-rente d'invalidité au demandeur avec effet rétroactif au 28 avril 2003 et une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> août 2003. Il en ressort notamment ce qui suit:

**"Résultat de nos constatations:**

Nous avons réexaminé votre demande sous l'angle de l'art. 87, al. 4 RAI.

- Des éléments recueillis dans le cadre de l'instruction de votre dossier, il ressort que votre état de santé s'est aggravé depuis le 5 février 2002, dans un premier temps à 50% puis dès le 14 mai 2003 à 100%.
- Notre service médical estime que vous n'êtes plus en mesure d'effectuer un travail régulièrement dans une quelconque activité lucrative.
- Au vu de l'article 88a al. 2 RAI, ce changement modifie le droit aux prestations dès que l'aggravation a duré trois mois sans interruption notable. Par conséquent, dès le 1<sup>er</sup> mai 2002 vous avez droit à une demi-rente.
- A partir du 14 mai 2003 vous êtes en incapacité de travail totale. Selon le même article 88a al. 2 RAI, ce changement modifie le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois.
- En conséquence, à partir du 1<sup>er</sup> août 2003 vous avez droit à une rente entière.

Cependant, dans le cadre d'une révision, conformément à l'art. 88abis al. 1a RAI, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où la demande est présentée par la personne assurée.

Votre demande de révision a été déposée le 28 avril 2003, en conséquence à partir du 28 avril 2003 vous avez droit à une demi-rente et dès le 1<sup>er</sup> août 2003 à une rente entière.

**Notre décision est par conséquent la suivante:**

- A partir du 28.04.2003, le droit à une demi-rente, puis dès le 01.08.2003 à une rente entière est reconnu".

**20.** Par décision du 30 décembre 2003, la défenderesse a statué sur l'opposition formée par le demandeur à l'encontre de la décision du 25 mars 2002 comme il suit:

**"M. Z. \_\_\_\_\_ - Accident du 14.08.1996 - Assurance LAA**

[...]

[...], nous rendons formellement par la présente la

### **DECISION SUR OPPOSITION**

suivante:

Par lettre signature du 25 mars 2002, nous rendions une décision formelle aux termes de laquelle nous reconnaissons à M. Z. \_\_\_\_\_ le droit à une rente LAA à compter du 1<sup>er</sup> août 2001, sur la base d'un taux d'invalidité de 30%.

Par courrier du 25 avril 2002, M. Z. \_\_\_\_\_ a formé, par votre intermédiaire, opposition contre cette décision contestant d'une part la date de prise d'effet de l'octroi de la rente LAA, et d'autre part le taux d'invalidité retenu. Etais également remis en cause la compensation effectuée entre les rentes allouées dès le 01.08.2001 et les indemnités journalières versées à l'employeur entre-temps.

Par la suite, il est apparu à notre dossier médical que l'incapacité de travail de M. Z. \_\_\_\_\_ a malgré tout encore évolué de la manière suivante:

100% du 05.02.02 au 11.02.02  
50% du 12.02.02 au 13.05.03  
100% du 14.05.03 au 22.06.03  
50% du 23.06.03 au 30.07.03  
100% dès le 31.07.03

On constate ainsi que, contrairement à ce que l'on pouvait croire, l'état de santé de notre assuré n'est pas stabilisé, et que les conditions d'octroi d'une rente ne sont en réalité pas encore réunies.

Il convient donc en l'occurrence d'annuler la décision de rente du 25 mars 2002, de revenir au régime de l'allocation d'indemnités journalières au prorata du taux d'incapacité de travail attestés par les médecins et de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire afin de refaire le point sur l'état de santé complet de m. Z. \_\_\_\_\_ et de déterminer quelles sont les séquelles liées à l'accident qui nous occupe.

Compte tenu de ce qui précède, nous rendons la décision sur opposition suivante:

1. L'opposition du 25 avril 2002 à notre décision du 25 mars 2002 est acceptée.
2. La décision du 25 mars 2002 est annulée.
3. Des indemnités journalières pour incapacité de travail sont allouées dès le 1<sup>er</sup> août 2001, qui feront l'objet d'un décompte récapitulatif séparé.

Pour le surplus, nous vous confirmons que nous prendrons contact tout début janvier avec la [...] pour la mise sur pieds d'une expertise médicale pluridisciplinaire".

**21.** Par courrier du 11 mars 2004, A. \_\_\_\_\_ a confirmé à la défenderesse qu'en 2004, le revenu mensuel brut du demandeur serait de 6'000 fr. x 13 à 100%.

**22.** Dans son rapport médical LAA "final" établi le 22 mars 2004 à l'attention de la défenderesse, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit (ndlr.: les passages en italique correspondent aux réponses du médecin à la formule préimprimée):

**"1. Diagnostic** *Pour les membres supérieurs:*

*\* Vous référer aux précédents rapports. Le diagnostic est et reste inchangé.*

**2. Evolution** a) Evolution et état actuel (subjectif et objectif)

*\* Patient revu (à sa demande) les 3 et 9/12/2003 pour faire le point et discuter. Dit avoir tjs très mal (fortes dysesthésies) aux 2 membres sup. (D >>G)! Très dépressif.*

[...]

**3. Thérapie** a) Traitement en cours:

*\* Suivi par le Dr M.\_\_\_\_\_ (psychiatre). Ne nécessite plus à ce jour de prise en charge chirurgicale pour les membres supérieurs".*

**23.** Le 23 septembre 2004, un document intitulé "expertise demandée par l'O.\_\_\_\_\_" a été établi conjointement par les Drs B.S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du Centre multidisciplinaire de la Douleur, à [...]. Il ressort de ce rapport, qui précisait en titre "police No 7001501", ce qui suit:

### **"Résumé**

Il s'agit du cas d'un informaticien de 53 ans motocycliste gravement blessé dans un accident de la circulation. Il y a eu traumatisme crânio-cérébral, traumatisme abdominal avec rupture de la vessie et brèche sigmoïdienne, traumatisme de l'appareil locomoteur avec fracture du bassin, fracture de l'omoplate gauche, fracture des deux poignets, entorse grave du genou droit.

Les fractures des poignets ont été traitées chirurgicalement. Une laparotomie a été réalisée.

Des complications se sont déclarées avec algodystrophie. De plus, des lésions neurologiques des membres supérieurs ont été découvertes ultérieurement.

L'évolution s'est faite avec persistance de séquelles dont l'importance a été évaluée par expertise médicale.

Après une évolution relativement courte, le patient a repris progressivement le travail et a pu travailler jusqu'à une capacité estimée à 70%.

Récemment, une décompensation a eu lieu avec un nouvel arrêt de travail, mais ceci est mal documenté dans le dossier.

[...]

## **Discussion**

[...]

Sur le plan orthopédique, [...]:

Il garde actuellement comme séquelles une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche et des deux poignets avec une atteinte neurologique qui semble jouer un rôle prédominant sur l'atteinte ostéoarticulaire à proprement parler.

On relève une instabilité fonctionnelle subjective du genou droit qui ne se traduit pas par une instabilité objective manifeste à l'examen clinique, mais des séquelles de lésion ligamentaires, méniscales et cartilagineuses objectivées à l'IRM.

Par ailleurs la fracture du bassin est sans séquelle orthopédique mais est à l'origine de la perte complète de la fonction érectile.

Le statu quo est atteint sur le plan orthopédique.

Sur le plan neurologique, l'examen met en évidence une importante souffrance sensitive et motrice du nerf médian et cubital à droite et une atteinte de ces mêmes nerfs à gauche, quoique de façon moindre. [...]

En ce qui concerne l'épaule gauche, on relève une discrète diminution de la force de la rotation interne ainsi qu'une importante amyotrophie du sous-épineux. Ceci pose le diagnostic différentiel d'une atteinte du nerf sus-scapulaire gauche.

Finalement, se surajoute les troubles de la lignée sexuelle, isolés. Ceux-ci ne sont pas rattachés à une atteinte neurologique en soi, mais bien à des troubles d'origine vasculaire. Ceux-ci ont été parfaitement bien identifiés dans le cadre d'une artériopathie effectuée à la demande du Professeur V.\_\_\_\_\_ le 06.07.2001.

Le statu quo est atteint sur le plan neurologique.

Sur le plan psychique, le patient ne présente aucun signe d'état de stress post-traumatique, par contre on relève un état anxio-dépressif relativement important et un état de révolte manifeste. Le contrôle émotionnel est difficile, et si le patient peut se calmer, être « canalisé » pendant un moment, très vite le débordement émotionnel reprend le dessus. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ se sent très atteint dans son intégrité psychique, notamment en raison des séquelles sexuelles. Il n'y a aucun signe de majoration des troubles.

Il est probable que sur le plan psychique le statu quo est atteint.

Sur le plan de l'atteinte à l'intégrité, le calcul théorique par système est:

Sur le plan orthopédique:

Poignet droit: 10%

Poignet gauche: 5% en tenant compte d'une aggravation arthrosique potentielle moyenne prévisible

Genou droit: 5% compte tenu d'une instabilité actuellement modérée, *en principe* non susceptible de s'aggraver, dans le cas contraire une réévaluation devrait être refaite

Sur le plan neurologique:

Paralysie distale du nerf cubital droit: 10%  
Paralysie distale du nerf cubital gauche: 8%  
Atteinte du nerf médian droit: 15%  
Atteinte du nerf médian gauche: 12%  
Atteinte du nerf sous-scapulaire gauche: 15%, par analogie à celle du nerf du grand dentelé  
Sur le plan psychique:  
Etat dépressif et anxieux, labilité émotionnelle importante: 10%, par analogie à la table 8 de la SUVA  
Sur le plan général:  
Trouble de l'érection: 40%  
[...]

**Réponse aux questions de l'O. \_\_\_\_\_**

***I. QUESTIONS CLINIQUES***

[...]

***II. INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET TRAITEMENT MÉDICAL (articles 16 ET 17 LAA) ET (article 10 LAA)***

[...]

***III. INVALIDITÉ ÉCONOMIQUE (articles 18 et suivants LAA)***

[...]

***IV. ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ*** (articles 24 et 25 LAA; articles 22 alinéa 1 et 36 OLAA; annexe 3 OLAA)

16. *Quel est le taux applicable selon l'annexe 3 OLAA et en vous référant également aux tables de la division médicale de la SUVA? [...]*

Etant donné le nombre d'atteintes, nous allons estimer celles-ci par membres et non pas par systèmes:

Perte partielle de la fonction du membre supérieur droit, associée à des douleurs neurogènes: 25%

Perte partielle de la fonction du membre supérieur gauche, associée à des douleurs neurogènes: 15%

Atteinte du genou droit: 5%

Perte de la fonction érectile: 40%

Les autres atteintes décrites dans la discussion (orthopédiques et psychiques) sont intégrées dans les chiffres ci-dessus.

**Total: 85%".**

**24.** Par courrier du 25 novembre 2004, ayant pour référence le numéro de police 7'001'501, la défenderesse a notamment écrit ce qui suit au conseil du demandeur:

"Selon les conclusions des experts, l'état de santé de votre mandant est considéré comme stabilisé actuellement. Dans la mesure où nous allons passer au régime de la rente, [...].

Par mesure de simplification, nous vous proposons de fixer le début de la rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005. De ce fait, les indemnités journalières seront réglées jusqu'au 31 décembre 2004".

**25.** Dans un document intitulé "compte-rendu de visite", [...], responsable de dossier auprès de la défenderesse, a exposé, ensuite de son entrevue du 23 mars 2005 avec le conseil du demandeur, qu'il avait abordé la question de l'assurance complémentaire, qu'il l'avait rendu attentif au fait que l'indemnité n'était due que dans les cinq années suivant l'accident et que le conseil du demandeur lui avait demandé "un geste à titre exceptionnel".

Par décision du 14 juin 2005, ayant pour référence le numéro de police 7'001'501, la défenderesse - en sa qualité d'assureur LAA - a notamment alloué au demandeur une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 82'620 francs. Pour ce poste il était indiqué ce qui suit:

"M. Z. \_\_\_\_\_ a subi une atteinte importante et durable à son intégrité physique. Celle-ci a été fixée à 85% par le Centre Multidisciplinaire de la Douleur dans son rapport du 23 septembre 2004. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui en est résulté s'élève à Fr. 82'620.00 (soit 85% de Fr. 97'200.00).

Par courrier du 7 juillet 2005, ayant pour référence le numéro de police 1'010'612, la défenderesse a écrit au conseil du demandeur ce qui suit:

"Par la présente, nous vous informons que nous ne pouvons nous rallier à votre analyse, consistant à considérer que l'art. 28 lit. b ch. 5 des conditions générales d'assurance applicables en l'espèce comme étant une dérogation à la disposition relativement impérative de l'art. 46 al. 1 LCA. En effet, dûment interprété, l'art. 28 lit. b ch. 5 des conditions générales d'assurance précise que l'indemnité est payée au plus tard 5 ans après l'accident même si, à ce moment, le taux d'invalidité continue à fluctuer. Comme l'a confirmé l'Obergericht du canton de Zurich au sujet d'une disposition contractuelle d'une teneur équivalente (RBA XVII n° 53, p. 302 ss), cette clause limite ainsi valablement la durée de la couverture d'assurance dans le temps.

Contrairement à ce vous soutenez dans votre dernière correspondance, nous avons déjà attiré votre attention à l'occasion de notre courrier du 10 juillet 1998 sur la teneur de l'art. 28 des conditions générales d'assurance relatif à

l'indemnité pour invalidité. Il est donc malvenu de prétendre n'avoir eu connaissance que tardivement des conditions générales d'assurance.

Ainsi, il vous incombait en tant que représentante de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ de veiller à la préservation de ses intérêts en demandant, dans le délai de 5 ans à compter de l'accident, le calcul du degré d'invalidité de votre client et le paiement de l'indemnité correspondante ou en sollicitant un report du délai. Comme aucune démarche dans ce sens n'a été entreprise et que notre dernière proposition à bien plaisir a été refusée, nous sommes au regret d'en revenir à notre prise de position initiale et de vous confirmer qu'aucune indemnité pour invalidité ne pourra être allouée dans cette affaire".

**26.** Le 4 août 2005, un commandement de payer la somme de 1'092'000 fr. plus intérêts à 5% a été notifié à la défenderesse à la requête du demandeur. Sous cause de l'obligation, il était mentionné "1) Contrat d'assurance LAA complémentaire (Police no 1'010'612/0) [...]".

Par courrier du 26 septembre 2005, ayant pour référence le numéro de police 1'010'612, la défenderesse a rappelé au conseil du demandeur les motifs de son refus d'entrer en matière sur une quelconque indemnisation pour invalidité au sens de l'art. 28 CGA dans les termes suivants:

"Votre mandant, Monsieur Z. \_\_\_\_\_, a été victime d'un accident de la circulation le 14 août 1996.

Son employeur, la société A. \_\_\_\_\_, avait conclu avec notre compagnie deux polices d'assurance.

La première couvrait les employés de la société A. \_\_\_\_\_ et les faisait bénéficier des prestations d'assurance-accidents obligatoire découlant de la loi fédérale sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA).

La deuxième police est une assurance privée complémentaire couvrant certaines prestations, notamment d'invalidité, régie par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

En notre qualité d'assureur LAA, nous avons versé les prestations dues à votre mandant découlant de la loi fédérale sur l'assurance-accidents obligatoire. Toutes les discussions que nous avons eues entraient exclusivement dans le cadre de cette assurance obligatoire.

En revanche, vous n'avez jamais sollicité notre compagnie en sa qualité d'assureur privé (LCA). En particulier, ni votre mandant ni vous-même n'avez jamais requis de quelconques prestations découlant de l'assurance complémentaire.

Pourtant, notre compagnie vous a rendu expressément attentive à l'existence de cette assurance complémentaire, par courrier du 10 juillet 1998. Nous avons joint d'ailleurs à ce courrier un exemplaire des conditions générales de cette

police. Nous attirons votre attention sur la teneur de l'art. 28, relatif au paiement de l'indemnité pour invalidité.

Suite à l'envoi de ce courrier, ni votre mandant, ni vous-même n'avez adressé de prétentions à l'adresse de notre compagnie. Ce n'est qu'au mois de mars 2005, lors d'un entretien au cours duquel nous abordions les droits de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ découlant de l'assurance obligatoire LAA, que vous vous êtes alors enquis de l'existence d'une assurance complémentaire LCA. Comme vous le savez, les dispositions de l'art. 28 lit. b ch. 5 des conditions générales, applicables dans le cadre de ce contrat, prescrivent que toute indemnité est payée au plus tard cinq ans après l'accident.

En d'autres termes, toute prétention de l'ayant droit doit être réclamée dans les cinq ans suivant l'accident, sous peine de déchéance.

Dès lors, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ aurait dû faire valoir ses prétentions dans le délai imparti par l'art. 28 lit. b ch. 5 CGA. Monsieur Z. \_\_\_\_\_ n'ayant pas agi dans le délai imparti, il a dès lors perdu tout droit à l'indemnité prévue contractuellement.

Nous observons par ailleurs que les dispositions de nos conditions générales sont conformes à l'art. 46 al. 2 LCA.

En outre, nous vous rendons attentive au fait que les droits de votre mandant sont non seulement périmés mais également prescrits.

Selon l'art. 46 LCA, le délai de prescription est de deux ans. Le point de départ de ce délai en matière d'invalidité, conformément à une jurisprudence constante citée d'ailleurs par vous-même, court dès l'existence de l'invalidité.

Il ressort du dossier que Monsieur Z. \_\_\_\_\_ était invalide dès le 1<sup>er</sup> juillet 1997 déjà.

Dans ces circonstances, la prescription était acquise le 1<sup>er</sup> juillet 1999. A aucun moment, ni votre mandant ni vous-même n'avez requis que ce délai soit suspendu ou reporté. Dès lors, l'envoi d'une poursuite en août 2005 était manifestement tardif.

En résumé, les prétentions découlant de l'assurance complémentaire LCA sont périmées depuis le 14 août 2001, soit cinq ans après l'accident. Elles sont de plus prescrites depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999. Dans ces circonstances, notre compagnie n'entend pas entrer en matière sur une indemnisation de Monsieur Z. \_\_\_\_\_. Elle a également fait opposition à la poursuite qui lui a récemment été notifiée et nous invitons votre mandant à y donner contrordre".

**27.** Le 13 juillet 2006, un commandement de payer la somme de 1'092'000 fr. plus intérêts à 5% a été notifié à la défenderesse à la requête du demandeur. Sous cause de l'obligation, il était mentionné "1) Contrat d'assurance LAA complémentaire (Police no 1'010'612/0) [...]".

**28.** Le 3 juillet 2007, un commandement de payer la somme de 1'092'000 fr. plus intérêts à 5% a été notifié à la défenderesse à la requête

du demandeur. Sous cause de l'obligation, il était mentionné "1) Contrat d'assurance LAA complémentaire (Police no 1'010'612/0) [...]".

**29.** Par courrier du 13 juin 2008, le nouveau conseil du demandeur a invité la défenderesse à émettre une déclaration de renonciation à la prescription, en vue de permettre la tenue de négociations entre les parties. Il a joint à son courrier le projet de déclaration de renonciation à la prescription suivant:

"La soussignée O. \_\_\_\_\_ déclare ici renoncer au droit d'invoquer la prescription des prétentions que pourrait faire valoir contre elle M. Z. \_\_\_\_\_ du fait de l'accident dans lequel il a été impliqué en même temps que M. [...] le 14 août 1996 (en particulier police d'assurance complémentaire No 1.010.612/0 Y. \_\_\_\_\_ et police ayant succédé à celle-ci).

La présente déclaration n'implique aucune reconnaissance de dette et ne vaut pas pour l'hypothèse où la prescription aurait été acquise depuis les dernières poursuites engagées (commandement de payer notifié le 16 juillet 2007)."

et a indiqué ce qui suit:

"15. Je vous prie enfin, afin que nous puissions cas échéant continuer cette négociation dans la sérénité, de bien vouloir me faire parvenir dans les 72 heures, dûment datée et signée, la déclaration de renonciation à la prescription ci-jointe. Si le texte ne vous en convenait pas, libre à vous bien sûr de m'adresser une autre déclaration allant dans le même sens."

Le 18 juin 2008, la défenderesse a émis une déclaration de renonciation à la prescription, dont la teneur était la suivante:

#### **"DECLARATION DE RENONCIATION A LA PRESCRIPTION**

La soussignée O. \_\_\_\_\_ déclare ici renoncer au droit d'invoquer la prescription des prétentions que pourrait faire valoir contre elle M. Z. \_\_\_\_\_ du fait de l'accident dans lequel il a été impliqué en même temps que M. [...] le 14 août 1996 (en particulier le dossier d'assurance complémentaire 71'010'612/27).

La présente déclaration n'implique aucune reconnaissance de responsabilité et ne vaut pas pour l'hypothèse où la prescription aurait été acquise depuis les dernières poursuites engagées (commandement de payer notifié le 16 juillet 2007).

Au surplus O. \_\_\_\_\_ réserve tous ses droits et relève qu'elle considère que le délai en question est un délai de péremption (déchéance).

Lausanne, le 18 juin 2008

O. \_\_\_\_\_

[...] [...]"

**30.** Par courrier du 9 juillet 2008, la défenderesse a déclaré qu'elle ne s'opposerait pas à un for lausannois.

**31.** A partir du mois de juin 1998 au plus tard, le demandeur a consulté Me Corinne Teyssiere, avocate à Genève, pour l'assister dans ses démarches auprès de la défenderesse. Il a ensuite consulté conjointement Me Philippe Rossy, avocat à Lausanne.

La note d'honoraires du premier conseil pour les opérations effectuées jusqu'au 2 avril 2009 s'est élevée à 11'334 fr. 50, tandis que celle du second conseil pour les opérations antérieures au 23 février 2009 s'est élevée à 8'392 francs; le total des honoraires pour les opérations antérieures à l'ouverture de l'action s'est ainsi élevé à un total de 19'726 fr. 50. Ces notes d'honoraires étaient justifiées dans leur quotité.

**32.** En cours d'instruction, un expert a été mis en œuvre en la personne de Patrice Mangin, directeur de l'Unité de médecine forensique du Centre universitaire romand de médecine légale. Celui-ci s'est adjoint des services de deux co-experts, la Dresse Sandra Burkhardt, médecin adjointe de l'Unité de médecin forensique, et le Dr Jean-Luc Ziltener, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG. Ces médecins ont déposé un rapport le 21 février 2012 et un rapport complémentaire le 11 octobre 2012. Il en résulte en particulier ce qui suit:

**a)** Les experts ont indiqué qu'il était faux de dire que l'ensemble des séquelles invalidantes dont souffrait encore le demandeur était déjà parfaitement connu en 1998. En effet, à l'exception peut-être des troubles érectiles qui étaient déjà définitifs en mars 1998 et qui l'étaient demeurés, toutes ces atteintes étaient susceptibles au fil du temps, soit d'une éventuelle amélioration pour la composante neurologique – ce qui n'avait finalement pas été le cas –, soit d'une dégradation attendue pour le versant loco-moteur et ostéo-articulaire en particulier.

Le cas du demandeur était loin d'être stabilisé au début de l'année 1998. Il était strictement impossible de se déterminer sur l'ensemble des séquelles invalidantes moins de deux ans après un polytraumatisme aussi grave que celui dont avait été victime le demandeur. On ne pouvait médicalement jamais se prononcer dans un tel cas sur une stabilisation avant de nombreuses années, d'expérience entre cinq et dix ans. Les experts ont d'ailleurs estimé que la plus grande partie des séquelles de l'accident du demandeur étaient encore susceptibles d'aggravation, et ce jusqu'à la fin de sa vie.

Dans leur rapport complémentaire, les experts ont nuancé leur réponse. La liste des diagnostics physiques résultant des rapports médicaux établis entre le 20 mars et le 22 mai 1998 étaient tous bien connus au début de l'année 1998. En revanche, l'ensemble des diagnostics psychologiques n'avait été posé qu'ultérieurement. Le rapport médical intermédiaire LAA établi le 20 décembre 2000 par le Dr M. \_\_\_\_\_ faisait mention d'une réaction dépressionnelle grave et d'un syndrome post-traumatique, diagnostics qui avaient déjà été évoqués dans le rapport médical LAA du 2 juillet 1999 du Dr G. \_\_\_\_\_. En définitive, les experts ont considéré que l'ensemble des séquelles invalidantes dont souffrait encore le demandeur n'était pas strictement connu dans sa totalité au début de l'année 1998.

Les experts ont examiné les rapports médicaux intermédiaires du Dr T. \_\_\_\_\_ du 6 mai 1998 et du Dr G. \_\_\_\_\_ du 19 mai 1998. Selon les experts, ces rapports ne concernaient qu'une partie des lésions dont avait souffert et souffrait toujours le demandeur. Ces rapports faisaient uniquement mention du fait qu'il aurait fallu réaliser une expertise multidisciplinaire pour déterminer le taux d'atteinte à l'intégrité du demandeur; aucune date n'était proposée par ces médecins. En outre, ces rapports ne comportaient, comme valeur objective, que la capacité de travail de l'époque du demandeur, soit 70% à moins de deux ans de l'accident, ce qui dénotait une motivation et une complaisance indiscutables du demandeur.

Selon les experts, le "pronostic" émis dès le premier trimestre de l'année 1998 par les médecins traitant le demandeur ne constituait en réalité qu'une évaluation vague en terme d'atteinte à l'intégrité des séquelles que le demandeur allait présenter par la suite. D'ailleurs aucun pronostic n'avait véritablement été émis par l'ensemble du corps médical tant sur le plan de l'évolution de la capacité de travail que sur celle de l'invalidité ou même encore sur l'évolution de l'atteinte à l'intégrité.

**b)** Les experts ont analysé un rapport et une décision de l'Office d'assurance-invalidité des 12 mars et 22 juin 1999 afin de déterminer si, à cette dernière date en tout cas, "l'existence d'une invalidité était suffisamment avérée". Ils ont considéré que l'existence d'une invalidité était déjà effectivement mentionnée et reconnue à cette date, mais que le degré d'invalidité de 1999 ne correspondait en aucun cas au degré d'invalidité déterminé ultérieurement, entre 2002 et 2004. En outre, ces documents se référaient uniquement à la capacité de gain du demandeur.

Dans leur rapport complémentaire, les experts ont précisé qu'à la date du 22 juin 1999, soit moins de trois ans après l'accident, l'existence d'une invalidité ne pouvait pas être encore suffisamment avérée dans le sens que celle-ci pouvait être objectivement tenue pour acquise, c'est-à-dire permanente et/ou durable. En effet, le demandeur avait potentiellement et théoriquement encore une capacité de progression possible, la preuve en étant qu'il travaillait déjà à cette époque-là avec une capacité de 70%. Seule la problématique érectile était clairement avérée et sans possibilité d'évolution positive avec le temps. Le reste des séquelles pouvait encore évoluer à moyen terme.

**c)** Les experts ont indiqué qu'il était strictement impossible de dire qu'au 17 décembre 1999 au plus tard [ndlr.: date à laquelle le conseil du demandeur a demandé une offre d'indemnisation à la défenderesse], le degré d'invalidité du demandeur était avéré de manière définitive, puisqu'il n'avait cessé de fluctuer durant les années suivantes. De même,

les experts ont insisté sur le fait que le degré d'invalidité établi par l'Office d'assurance-invalidité avait également fortement fluctué jusqu'en 2002, puis ensuite entre 2002 et le mois d'août 2003.

Dans leur rapport complémentaire, les experts ont confirmé qu'il était faux de dire que l'existence d'une invalidité du demandeur, au sens strict du terme, était suffisamment avérée à cette époque. Ils se sont référés aux mêmes motifs que ceux exposés sous lettre b. Tous les intervenants de l'époque faisaient constat de la remarquable compliance du demandeur, en particulier en relation avec sa capacité professionnelle qui était toujours de l'ordre de 70%. Les experts ont répété que l'évolution et la récupération potentielle future de l'assuré étaient encore imprévisibles.

**d)** A l'examen des rapports médicaux établis entre le 20 décembre 2000 et le 15 août 2001 par les différents médecins traitant le demandeur, les experts ont indiqué que l'existence d'une atteinte à l'intégrité physique et d'une invalidité était connue à cette dernière date, mais que les taux respectifs n'étaient de loin pas encore établis.

Les experts ont répété que les taux d'atteinte à l'intégrité physique s'étaient notablement modifiés dans les années qui avaient suivi le rapport établi le 21 mai 2001 par le Dr B.\_\_\_\_\_, de même que le degré d'invalidité reconnu par l'Office d'assurance-invalidité. Ils ont relevé que la capacité de travail du demandeur avait passé de 70% lors de l'établissement de ce rapport à 0% au mois de juillet 2003. D'ailleurs, tous les intervenants de l'époque avaient relevé que cette capacité de travail était maximale et "inespérée" et que le demandeur allait probablement devoir réduire notablement sa capacité professionnelle dans les mois ou années à venir.

Selon le rapport complémentaire, à la date du 15 août 2001, soit cinq ans après l'accident, en raison de l'évolution subjective et objective du demandeur entre 1999 et 2001, il était possible de retenir - comme l'avait fait le Dr B.\_\_\_\_\_ [ndlr.: dans une lettre à la défenderesse

du 21 mai 2001] - que l'existence d'une atteinte à l'intégrité physique et d'une invalidité anatomique pouvait être tenue pour acquise dans le sens qu'elle serait permanente ou à tout le moins durable dans le temps.

**e)** Au mois de février 2002, le degré d'invalidité du demandeur n'était pas avéré définitivement. Les experts ont relevé que le demandeur qui travaillait jusqu'alors à 70% avait réduit sa capacité de travail à 50%. A partir de ce moment et jusqu'au mois de mai 2003, sa capacité de travail avait été fluctuante avec des périodes d'incapacité de travail totale et des périodes de reprise à 50%. Au mois de décembre 2003, le psychiatre qui suivait le demandeur avait exposé qu'une reprise d'activité habituelle ne pouvait être envisagée et ce uniquement pour des raisons psychologiques, sans même parler des atteintes somatiques.

Dans leur complément d'expertise, les experts ont indiqué qu'il était évident qu'à compter du mois de février 2002 au plus tard, l'existence de l'invalidité du demandeur était bel et bien avérée, ce qui n'était pas le cas de son degré.

**f)** Interpellés sur le point de savoir si "en date du 28 avril 2003 au plus tard, l'existence et le degré d'invalidité [du demandeur] étaient avérés", les experts se sont prononcés de la façon suivante:

"On peut effectivement penser qu'à cette date d'avril 2003, voire peut-être mai ou août de la même année, mais dans tous les cas dans le courant de l'année 2003, l'existence et le degré d'invalidité de Monsieur Z.\_\_\_\_\_ étaient avérés. En effet, c'est le 14 mai 2003 que l'assuré a cessé toute activité professionnelle de façon définitive, et c'est depuis le 1<sup>er</sup> août 2003 que l'assurance invalidité lui exprime un degré d'invalidité à 100%. On peut donc répondre de façon positive à l'allégué 170, concernant le degré d'invalidité. Mais il est impossible de se prononcer de la même façon sur le degré d'atteinte à l'intégrité, qui va encore évoluer comme on le verra au point suivant."

Dans leur complément d'expertise, les experts se sont référés aux réponses développées ci-dessus sous lettres d et e. Ils ont indiqué que "l'existence d'une invalidité était belle et bien avérée à cette date-là".

**g)** Les experts judiciaires ont examiné la différence entre les taux d'atteinte à l'intégrité du demandeur arrêtés dans le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 21 mai 2001 et dans le rapport médical établi le 23 septembre 2004 par les Drs B.S.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Les experts judiciaires ont constaté que le premier rapport admettait un taux d'atteinte à l'intégrité de 50%, tandis que le second l'arrêtait à 85%, soit une différence de 35%. En outre, l'estimation de la capacité de travail était chiffrée en 2001 entre 50% et 70%; en 2004, elle était clairement de 0%. Aucun de ces rapports ne mentionnait le degré d'invalidité du demandeur. Selon les experts, cette différence de 35% dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité s'expliquait effectivement par l'existence de troubles neurologiques analysés de manière plus détaillée ultérieurement, par l'existence également d'une dégradation absolument inéluctable de l'appareil moteur du demandeur entre 2001 et 2004 et encore par le fait d'une certaine marge d'appréciation laissée aux experts.

Les experts judiciaires ont estimé que l'allégué selon lequel "malgré le fait que son taux d'activité ait évolué, les séquelles anatomiques [du demandeur] n'ont ainsi que peu évolué depuis la première expertise rendue par le Dr B.\_\_\_\_\_" était totalement faux. Les experts ont répété que les séquelles anatomiques directement imputées au polytraumatisme de 1996 avaient évolué de façon notable avec le temps, les répercussions de l'accident étant évolutives, tant sur la capacité de travail du demandeur, que sur son degré d'atteinte à l'intégrité et son invalidité. D'ailleurs, entre le rapport médical du 23 septembre 2004 et le mois de décembre 2011 - date à laquelle le demandeur avait eu un entretien avec les experts judiciaires, sa situation s'était encore dégradée sur le plan subjectif. La dégradation est le fait à la fois d'une atteinte dégénérative de plus en plus importante au niveau des membres supérieurs et du genou droit, de même qu'en raison de lésions neurologiques qui n'avaient absolument pas récupéré et qui se

compliquaient de douleurs neuropathiques et paresthésies très importantes, permanentes, aussi bien diurnes que nocturnes. Les experts ont conclu qu'il était évident que cette dégradation progressive avec le temps se poursuivrait dans les années à venir.

**33.** Par demande adressée le 28 avril 2009 à la Cour civile, Z.\_\_\_\_\_ a ouvert action contre O.\_\_\_\_\_, en concluant à ce qu'il doit dit qu'elle est sa débitrice et lui doit immédiat paiement de la somme de 887'332 fr. 75 avec intérêts à 5% l'an dès le 23 septembre 2004.

Dans sa réponse du 24 août 2009, la défenderesse a conclu au rejet des conclusions du demandeur. Elle a soulevé "l'exception de prescription à l'encontre de l'entier des prétentions (contestées) du demandeur" et s'est prévaluée de la péremption.

Par courrier du 21 juin 2010, dans le délai imparti dans le procès-verbal d'audience préliminaire du 3 juin 2010, le demandeur a déclaré qu'il réduisait le montant de ses conclusions à 877'726 fr. 50.

### **En droit :**

**1.** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC) au sens de l'art. 236 CPC, dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse au dernier état des conclusions devant l'autorité précédente est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC).

Formé en temps utile par une partie qui y a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC) et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable à la forme.

**2.** L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (Jeandin, CPC commenté, Bâle 2011, nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Jeandin, op. cit., n. 6 ad art. 310 CPC).

Selon l'art. 311 al. 1 CPC, l'appel doit être motivé, la motivation consistant à indiquer sur quels points et en quoi la décision attaquée violerait le droit et/ou sur quels points et en quoi les faits auraient été constatés de manière inexacte ou incomplète par le premier juge. La Cour de céans n'est pas tenue d'examiner, comme le ferait une autorité de première instance, toutes les questions juridiques qui se posent si elles ne sont pas remises en cause devant elle, ni de vérifier que tout l'état de fait retenu par le premier juge est exact et complet, si seuls certains points de fait sont contestés (Jeandin, op. cit., n. 3 ad art. 311 CPC et la jurisprudence constante de la Cour de céans, CACI 10 octobre 2013/537 c. 2.2; CACI 1<sup>er</sup> février 2012/75 c. 2a).

**3. a)** L'appelant reproche aux premiers juges d'avoir considéré que le délai de prescription de deux ans prévu par l'art. 46 al. 1 LCA pour faire valoir sa prétention en paiement d'un capital d'invalidité était arrivé à échéance le 14 mai 2005. Il soutient que le degré de son invalidité n'a été déterminé que le 23 septembre 2004, si bien que le délai de prescription n'était pas échu le 4 août 2005 et qu'il a été interrompu dès cette date par les commandements de payer successifs notifiés à l'intimée, la déclaration de renonciation à invoquer la prescription signée par celle-ci le 18 juin 2008 et la demande déposée le 28 avril 2009. A cet égard, l'appelant s'en prend à l'interprétation des premiers juges de la déclaration de

renonciation à la prescription rédigée par l'intimée le 18 juin 2008. Selon lui, cette clause ne pouvait être comprise que comme une renonciation à la prescription y compris pour le cas où cette prescription aurait été acquise avant les poursuites du 16 juillet 2007. Cette interprétation s'imposerait selon lui également eu égard au principe *in dubio contra stipulatorem*. L'appelant fait par ailleurs valoir que la notion d'invalidité litigieuse ne se rapportait pas à l'assurance-invalidité, mais à l'assurance-accidents, tant obligatoire que complémentaire, et que l'intimée s'était fondée sur l'expertise médicale pluridisciplinaire convenue entre les parties pour fixer, par décision du 25 novembre 2004, le début de la rente d'invalidité LAA à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, cela de manière indépendante de l'assurance-invalidité.

Dans sa réponse, l'intimée soutient que le point de départ du délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA correspond au moment où l'invalidité qui s'est manifestée peut objectivement être tenue pour acquise et qu'il remonte en l'espèce à la fin de l'année 1999, subsidiairement au 15 août 2001, soit lorsque l'existence d'une atteinte à l'intégrité physique et d'une invalidité anatomique de l'appelant pouvaient être tenues pour permanentes ou à tout le moins durables dans le temps. S'agissant de la déclaration de renonciation à la prescription du 18 juin 2008, l'intimée maintient qu'elle ne valait que pour le cas où la prescription n'était pas déjà acquise au moment de sa signature.

**b/aa)** L'art. 46 al. 1 LCA prévoit que les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

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-accidents, le contrat peut prévoir une couverture en cas d'invalidité; ce n'est alors pas l'accident comme tel,

mais la survenance de l'invalidité qui donne lieu à l'obligation de payer des prestations (ATF 126 III 278 c. 7a; ATF 118 II 447 c. 2b). Seule une prétention qui a déjà pris naissance peut être atteinte par la prescription (ATF 100 II 42 c. 2d). 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 c. 2b). 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 c. 2b; TF 4A\_645/2010 du 23 février 2011 c. 2.2.2, sur cet arrêt, cf. Etier, Droit des assurances privées, JT 2012 II 129, spéc. pp. 135 s.).

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 (ATF 139 III 263 c. 1.2).

Dans la mesure où la LCA ne définit pas la notion d'invalidité, il convient de se référer aux définitions données par les conditions générales d'assurance. Ces dernières fixent les principes d'évaluation de l'invalidité, le plus souvent au moyen de barèmes, qui se fondent sur des bases médico-théoriques et reposent sur des valeurs moyennes (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n. 801). Le taux d'invalidité dépend d'une appréciation de l'état physique du patient; il s'agit d'estimer le taux de capacité de travail du sujet invalide par rapport à un sujet valide, sans se préoccuper de son influence sur la capacité de gain effective et personnelle de l'assuré. On recourt à la notion d'invalidité médicale, dite également abstraite ou théorique (Brulhart, loc. cit.), qui doit être distinguée de l'invalidité économique (Brehm, L'assurance privée contre les accidents, Etude de droit suisse, Berne 2001, n. 401). Le taux d'invalidité médicale (degré de l'atteinte médico-théorique à l'intégrité corporelle) relève du fait (ATF 113 II 345 c. 1a).

Selon l'art. 88 al. 1 LCA, l'invalidité s'entend comme une diminution probablement permanente de la capacité de travail de l'assuré. L'évaluation de cette dernière repose sur des critères médicaux, en tous les cas lorsque la mesure de l'invalidité ne dépend pas, aux termes du contrat, d'une estimation concrète de l'incapacité de travail. Il en découle que l'incapacité est mesurée de façon générale et abstraite, sans égard à une profession particulière, à moins que les conditions générales d'assurance ne prévoient expressément le contraire (Brulhart, op. cit., n. 802). Toute atteinte définitive à l'intégrité corporelle qui diminue la capacité de travail constitue une invalidité, même si l'assuré n'éprouve aucun préjudice économique, car l'invalidité correspond à une incapacité théorique et abstraite, établie selon la moyenne des cas, indépendante de la profession de l'assuré et des circonstances du cas concret (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 444). Il convient, le cas échéant, de s'écarter de l'avis d'un expert médecin, dont le rapport se fonde sur les taux d'invalidité en matière d'assurance-invalidité, car, en assurances sociales, l'invalidité est une notion juridique et non pas médicale (Carré, op. cit., p. 441).

La fixation de l'invalidité n'a pas lieu immédiatement après la survenance de l'accident. Il y a toujours une phase de traitement médical, puis une phase de "consolidation", durant laquelle l'état physique de l'organisme traumatisé se remet de l'atteinte subie (Brehm, op. cit., n. 435). Selon la jurisprudence, l'invalidité peut généralement être tenue pour acquise 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 probablement durable. Peu importe en revanche le moment où celui-ci a eu connaissance de son invalidité (TF 5C.61/2003 du 23 octobre 2003 c. 3.3; ATF 118 II 447 c. 2b). La fixation du taux d'invalidité n'est déterminante, sous l'angle du départ du délai de prescription, que dans la mesure où les conditions générales d'assurance le prévoient expressément (TF 5C.61/2003 du 23 octobre 2003 c. 3.5; Ileri/Schmid,

Basler Kommentar – Nachführungsband, Bâle 2012, ad n. 40 ad art. 88 LCA; contra : Graber, Basler Kommentar, Bâle 2001, n. 10 ad art. 46 LCA, confirmé in Basler Kommentar – Nachführungsband, op. cit., ad n. 6-18 ad art. 46 LCA; Kuhn/Müller-Studer/Eckert, Privatversicherungsrecht, Zurich 2010, n. 240).

**bb)** Comme toute prescription, celle de l'art. 46 al. 1 LCA peut être interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (art. 135 ch. 1 CO) ou lorsque le créancier fait valoir ses droits par l'une des voies énumérées par l'art. 135 ch. 2 CO (cf. ATF 118 II 447 c. 4c). La prescription est notamment interrompue, lorsque le créancier fait valoir ses droits par une action devant un tribunal. Conformément à l'art. 138 al. 1 CO, elle recommence à courir lorsque la juridiction saisie clôt la procédure (Pichonnaz, Commentaire romand CO I, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2012, n. 31 ad art. 135 CO et n. 2 ad art. 138 CO).

Le débiteur peut sans autre renoncer à se prévaloir de la prescription tant que le délai court et même une fois que le délai est écoulé (ATF 132 III 226 c. 3.3.7). Les déclarations de renonciation à se prévaloir de la prescription s'interprètent selon le principe de la confiance, soit selon le sens que leurs destinataires pouvaient raisonnablement leur attribuer sur la base des circonstances qu'ils connaissaient ou devaient connaître (TF 4C.421/2005 du 6 avril 2006 c. 4.1), la doctrine précisant qu'en cas de doute, une déclaration de renonciation à se prévaloir de la prescription ne vaut que pour autant que la prescription ne soit pas déjà acquise au jour de sa signature (Thévenaz, La déclaration de renonciation à se prévaloir de la prescription, in Gauch/Werro/Pichonnaz, Mélanges en l'honneur de Pierre Tercier, Genève Zurich Bâle 2008, pp 443 ss, spéc. p. 449, et les références citées).

**c)** En l'espèce, s'agissant de la déclaration de renonciation à se prévaloir de la prescription du 18 juin 2008, il y a lieu de relever qu'elle réserve uniquement – "ne vaut pas pour" – l'hypothèse où la prescription aurait été acquise "depuis les dernières poursuites engagées (commandement de payer notifié le 16 juillet 2007)". Or, cela ne fait pas

sens, dès lors qu'on ne voit pas comment la prescription aurait pu survenir entre le 16 juillet 2007 et le 18 juin 2008. En réalité, à l'instar des premiers juges, il faut comprendre que l'intimée n'entendait pas renoncer à invoquer la prescription au cas où celle-ci aurait été acquise au moment de la notification du commandement de payer le 16 juillet 2007. En effet, si l'intimée avait réellement eu la volonté de renoncer à invoquer la prescription dans l'hypothèse où celle-ci aurait déjà été acquise au moment de la signature de la renonciation, elle aurait utilisé l'expression usuelle en ce sens. Il ressort en outre clairement de la suite de la déclaration que l'intimée qualifiait le délai en question de "délai de péremption (déchéance)". En tout état de cause, la problématique de la validité de cette déclaration n'est pas déterminante pour l'issue du litige (cf. infra c. 4).

Pour déterminer l'échéance du délai de prescription, il apparaît, vu la jurisprudence susmentionnée (supra c. 3b), que le moment déterminant pour en fixer le dies a quo est celui où sont réunis tous les éléments constitutifs fondant le devoir de prestation. Lorsque, en matière d'assurance-accidents privée, le contrat prévoit une couverture en cas d'invalidité, ce n'est ainsi pas l'accident comme tel, mais la survenance de l'invalidité qui donne lieu à l'obligation de payer des prestations. En l'espèce, l'art. 28 let. b ch. 5 CGA prévoit un paiement de la somme d'invalidité dès que l'importance de l'invalidité permanente peut être déterminée. Contrairement à la thèse de l'intimée, selon laquelle le moment auquel le degré exact d'invalidité est fixé ne serait pas déterminant, les premiers juges ont interprété l'article précité en jugeant que le dies a quo correspondait au moment où l'invalidité était non seulement avérée, mais où le taux d'invalidité était également déterminé. Compte tenu des termes employés, savoir "l'importance de l'invalidité permanente", et de l'art. 28 let. b ch. 3 CGA prévoyant des variantes de progression dépendant directement du degré d'invalidité de l'assuré, il y a lieu de confirmer cette appréciation et d'admettre que l'invalidité devait être acquise tant dans son principe que dans son ampleur.

Il résulte de l'instruction que par décision du 8 décembre 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a alloué une demi-rente d'invalidité à l'appelant avec effet rétroactif au 28 avril 2003 et une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> août 2003. L'office a notamment constaté que l'état de santé de l'appelant s'était aggravé depuis le 5 février 2002 à 50%, puis depuis le 14 mai 2003 à 100%, que celui-ci n'était plus en mesure d'effectuer un travail régulièrement dans une quelconque activité lucrative et qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 14 mai 2003. En se fondant sur les pièces 143 à 150, savoir des pièces établies par ou à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, les experts judiciaires ont considéré qu'à partir du 28 avril 2003, voire peut-être mai ou août de la même année, mais dans tous les cas dans le courant de l'année 2003, l'existence et le degré d'invalidité de l'appelant étaient avérés et ont confirmé que celui-ci avait cessé toute activité professionnelle de façon définitive le 14 mai 2003. Les premiers juges ont considéré qu'il résultait de ces éléments que le taux d'invalidité avait été fixé à cette dernière date au plus tard. Cette appréciation ne saurait être suivie. La notion d'invalidité au sens des conditions générales de l'assurance-accidents correspond à une invalidité médicale qui doit être distinguée, comme on l'a vu ci-dessus, de l'invalidité économique, telle que définie par l'art. 8 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), la seconde constituant la conséquence de la première (cf. Brehm, op. cit., nn. 400 - 404). De même, la notion de capacité de travail au sens de l'art. 88 al. 1 LCA doit être distinguée de celle d'"incapacité de travail" telle que définie en matière d'assurances sociales à l'art. 6 LPGA. En effet, selon la jurisprudence, "dans l'assurance privée contre les accidents, l'indemnité convenue pour les cas d'invalidité est due, aux termes de l'art. 88, al. 1 LCA, lorsque l'accident a causé à l'assuré une diminution probablement permanente de sa capacité de travail. En cette matière, toute atteinte définitive à l'intégrité corporelle, qui diminue la capacité de travail, constitue une invalidité, sans qu'il soit nécessaire que l'assuré éprouve effectivement un préjudice économique ensuite de l'accident. L'invalidité correspond donc à une incapacité théorique et abstraite, établie pour la moyenne des cas indépendante de la profession de l'assuré et des circonstances du cas concret" (RBA XIV

n° 89 p. 422, cité par Brehm, op. cit., n. 419). Il s'ensuit que l'on ne saurait déduire de la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 8 décembre 2003, ni d'ailleurs des constatations de l'expert, qui se fondent exclusivement sur cette décision et les documents sur la base desquels elle a été rendue, que le degré d'invalidité de l'assuré était fixé depuis le 14 mai 2003, seule l'invalidité économique étant visée par cette décision. De même, pour arrêter le taux d'invalidité, on ne saurait se fonder sur les décisions de l'intimée relatives aux rentes d'invalidité LAA, celles-ci concernant, comme le précisait elle-même l'intimée, uniquement l'invalidité économique de l'assuré (cf. décision du 25 mars 2002). Cela étant, on doit néanmoins constater, à la lecture de la décision sur opposition rendue le 30 décembre 2003 par l'intimée, que celle-ci considérait, à cette époque, qu'il était apparu à son dossier médical que l'incapacité de travail de l'appelant avait encore évolué, que, contrairement à ce que l'on pouvait croire, l'état de santé de ce dernier ne s'était pas stabilisé et qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire afin de refaire le point sur son état de santé complet. Compte tenu de ce que l'intimée admettait elle-même que l'appréciation de l'état de santé de l'appelant était encore susceptible d'évoluer, on ne saurait retenir que le degré de son invalidité médicale eût été fixé avant cette date. A l'instar de l'appelant, il y a lieu de considérer que l'ampleur de cette dernière a été fixée pour la première fois par les experts B.S.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, et H.\_\_\_\_\_ dans leur rapport d'expertise du 23 septembre 2004, lesquels ont retenu une incapacité totale à tout le mois dès le mois d'août 2003. Le degré d'invalidité médicale ayant ainsi été fixé au plus tôt à cette date, le délai de prescription a commencé à courir dès ce moment-là. Quoi qu'il en soit, la question peut en définitive être laissée ouverte, au vu des considérations qui suivent.

**4. a)** L'appelant soutient que sa prétention ne serait pas périmée. Selon lui, le délai posé par l'art. 28 let. c ch. 6 (recte : let. b. ch. 5) CGA, qui prévoit que "la somme d'invalidité ou la rente est payée dès que l'importance de l'invalidité permanente peut être déterminée, mais au plus tard cinq ans après le jour de l'accident", serait nul au sens de l'art 46

al. 2 LCA, et, vu le caractère insolite de la clause, celle-ci devrait être interprétée conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant le délai de l'art. 46 al. 1 LCA en ce sens que le délai ne court qu'à partir du moment où l'invalidité de l'assuré est acquise, étant précisé que dans cette seconde hypothèse, la péremption n'aurait été atteinte que le 23 septembre 2009, soit après le dépôt de la demande.

Selon l'intimée, l'art. 28 let. b ch. 5 CGA ne saurait être considéré comme insolite, dans la mesure où il s'agit d'une clause usuelle admise par la jurisprudence. Par ailleurs, le délai de péremption de cinq ans serait conforme à l'art. 46 al. 2 LCA car supérieur à deux ans. Dans l'hypothèse où il devrait être retenu que le délai de péremption conventionnelle ne pouvait arriver à échéance avant le délai légal de l'art. 46 al. 1 LCA, l'intimée soutient que le délai de péremption devrait être considéré comme arrivant à échéance au plus tard à la même date que le délai légal de cette disposition.

**b/aa)** Les conditions générales d'assurance qui ont été expressément incorporées au contrat doivent être interprétées selon les mêmes principes juridiques que les autres dispositions contractuelles. Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; si une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si elle ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur. Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque; si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre

et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées. La validité d'une clause contenue dans des conditions générales est de surcroît limitée par la règle de la clause insolite (TF 4A\_561/2012 du 23 janvier 2013 c. 3 et les références citées).

La règle jurisprudentielle de l'insolite vient corriger, à certaines conditions, le résultat parfois inéquitable auquel peut aboutir, en matière de conditions générales, l'application des règles d'interprétation. Elle s'applique plus particulièrement lorsque la partie ayant adhéré à des conditions générales ne les a pas lues ou les a lues sans les comprendre (Morin, Les clauses contractuelles non négociées in: RDS 128 [2009] I 519). En vertu de cette règle, sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée. Sont inhabituelles au sens de cette jurisprudence les clauses étrangères à l'affaire, c'est-à-dire qui en modifient de manière essentielle la nature ou qui sortent notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 135 III 1 c. 2.1, JT 2011 II 516; TF 4A\_120/2008 du 19 mai 2008, c. 2.2).

**bb)** Selon l'art. 46 al. 2 LCA, est nulle, en ce qui a trait à la prétention contre l'assureur, toute stipulation d'une prescription plus courte ou d'un délai de déchéance plus bref. L'art. 46 LCA est une disposition relativement impérative, à laquelle il ne peut pas être dérogé par convention au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98 al. 1 LCA). En d'autres termes, les parties peuvent prévoir un délai de péremption dans le contrat d'assurance, à condition que la durée du délai prévu ne soit pas plus courte que le délai de prescription de deux ans prévu à l'art. 46 al. 1 LCA (TF 5C.215/1999 du 9 mars 2000 c. 3; Debieux, Commentaire de l'ATF 126 III 279, in PJA 12/2000, pp. 1568 ss, spéc. p. 1569; Graber, Basler Kommentar – Nachführungsband, op. cit., n. 35 ad art. 46 LCA).

Les parties peuvent convenir d'un dies a quo différent. Elles peuvent repousser le point de départ du délai de péremption, mais également le rapprocher, pour autant qu'il n'arrive pas à échéance avant ce que prévoit la réglementation légale (Niklaus, La prescription extinctive: modifications conventionnelles et renonciation, Bâle 2008, n. 679 et les références citées; Graber, Basler Kommentar, op. cit., n. 36 ad art. 46 LCA). Ainsi, l'assureur ne saurait, en fixant un point de départ du délai de péremption antérieur à celui de la prescription, aboutir au résultat que la péremption intervienne avant l'échéance du délai légal de prescription, ce qui éluderait le résultat voulu par le législateur. Dès lors, un point de départ du délai de péremption antérieur au point de départ du délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA n'est envisageable que si le délai est simultanément prolongé, de telle manière qu'il n'arrive pas à échéance avant ce que prévoit l'art. 46 al. 1 LCA, sous peine de nullité (TF 4A\_645/2010 du 23 février 2011 c. 2.4.1, citant l'ATF 60 II 445 c. 2, p. 451 [qui laissait toutefois la question ouverte] ; Graber, op. cit., n. 36 ad art. 46 LCA ; Niklaus, op. cit., nn. 678 ss et les références citées).

Selon la jurisprudence, ne constitue pas une clause insolite la clause de déchéance prévoyant que "les droits contre l'assureur s'éteignent si on ne les fait pas valoir en justice dans les deux ans qui suivent la survenance du sinistre", une telle clause ne réglant qu'une modalité de l'exercice des droits conférés par le contrat (TF 5C.215/1999 du 9 mars 2000, c. 4b). Au demeurant, des clauses de ce genre, qui existent depuis longtemps (cf. ATF 74 II 97 c. 2 in fine; ATF 49 II 121 c. 6 p. 133), ne sont pas rares dans les conditions générales d'assurance (TF 4A\_200/2008 du 18 août 2008 c. 2.3.2 et les références citées).

Le délai de péremption ne peut être ni interrompu, ni suspendu (Graber, Basler Kommentar, op. cit., n. 40 ad art. 46 LCA et les références citées ; ATF 115 V 22 c. 3a ; ATF 74 II 97, JT 1948 I 592). Le fait de convenir un délai de péremption oblige ainsi l'assuré à accomplir l'acte prévu, par exemple l'action en justice. Il protège l'assureur du fait que l'assuré se contente d'interrompre la prescription et laisse l'assureur dans l'incertitude de savoir s'il fera valoir ou non judiciairement la prétention

(Graber, op. cit., n. 40 ad art. 46 CO). Dans l'arrêt TF 4A\_200/2008 du 18 août 2008, l'assuré avait interrompu la prescription peu avant son échéance, mais n'avait pas ouvert action dans le même délai de péremption de deux ans. Le Tribunal fédéral a considéré que la péremption était acquise, ce qui démontre que prescription et péremption courent de manière indépendante et que l'assuré doit à la fois interrompre la prescription et entreprendre l'acte juridique prévu contractuellement pour respecter le délai de péremption (Graber, Basler Kommentar, Nachführungsband, op. cit., ad n. 42 ad art. 46 LCA). Il en résulte que les interruptions de prescription sont sans effet sur le délai de péremption.

**c)** En l'espèce, les parties étaient liées par un contrat d'assurance-accidents complémentaire (n° 1'010'612/0) prévoyant une couverture en cas d'invalidité (art. 28 CGA). Les premiers juges ont retenu que l'art. 28 let. b ch. 5 CGA, selon lequel "[l]a somme d'invalidité ou la rente est payée dès que l'importance de l'invalidité permanente peut être déterminée, mais au plus tard 5 ans après le jour de l'accident", instituait un délai de péremption, qui était plus long que le délai de prescription fixé par l'art. 46 al. 1 LCA mais dont le point de départ était antérieur au dies a quo légal. Ils ont considéré, à juste titre, que le délai de péremption était compatible avec l'art. 46 al. 2 LCA, pour autant que son échéance, soit le 14 août 2001, ne soit pas antérieure à celle du délai de prescription de deux ans prévu par l'art. 46 al. 1 LCA.

Selon la lettre claire de l'art. 28 let. b ch. 5 CGA, le dies a quo du délai de péremption est le jour de l'accident. On ne saurait donc l'interpréter, comme le veut l'appelant, dans le sens qu'il ne devrait courir qu'à partir du moment où l'invalidité est acquise. En outre, la clause n'est à l'évidence pas insolite. En effet, non seulement la limitation contenue dans cette disposition ne modifie en rien la nature de l'affaire, mais encore elle ne sort pas notablement du cadre légal du type de contrat considéré, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. Enfin, la clause n'est de toute évidence pas rédigée de façon ambiguë, de sorte qu'elle ne saurait être considérée comme trompeuse.

L'intimée considère que, dès lors qu'il est supérieur au délai de deux ans de l'art. 46 al. 1 LCA, le délai de péremption est valable au regard de l'art. 46 al. 2 LCA et que cette péremption aurait été atteinte le 14 août 2001, soit cinq ans après l'accident. Néanmoins, au vu de la jurisprudence relative au lien entre délai de péremption et délai de prescription, il y a lieu de retenir, avec les premiers juges, que le délai de péremption n'était pas acquis avant l'échéance du délai légal de prescription, soit en l'espèce au plus tard le 23 septembre 2006 dans l'hypothèse la plus favorable à l'appelant, sans qu'il y ait en revanche lieu de tenir compte des interruptions de prescription intervenues, qui sont sans effet sur le délai de péremption. Au demeurant, quel que soit le raisonnement tenu - délai de péremption conventionnel arrivant à échéance avant le délai de prescription légal, ou, au contraire, au plus tard à la même date que celui-ci - on aboutit à un résultat identique : la limite de cinq ans après la date de l'accident prévue dans la clause de péremption était atteinte bien avant le dépôt de la demande du 28 avril 2009, dès lors que le délai de cinq ans ne peut être ni interrompu ni suspendu. Les prétentions de l'appelant sont dès lors périmées.

**5. a)** A titre subsidiaire, l'appelant soutient que si le délai de péremption devait être tenu pour acquis, il devrait être mis au bénéfice de l'exception de l'art. 45 al. 3 LCA. Il fait valoir que, contrairement à ce qui a été retenu par les premiers juges, les négociations auraient continué jusqu'à l'ouverture de la procédure. A l'appui de cette allégation, il invoque les lettres qui lui ont été adressées par l'intimée les 7 juillet et 26 septembre 2005, sa lettre du 7 juillet 2009 adressée à l'intimée, où il mentionnait la possibilité d'un "arrangement transactionnel", la lettre de l'intimée du 9 juillet 2008 ainsi que sa lettre du 13 juin 2008 dans laquelle, par l'intermédiaire de son nouveau conseil, il invitait l'intimée à signer une déclaration de renonciation à se prévaloir de la prescription. L'appelant fait encore valoir que les premiers juges auraient retenu à tort et de manière arbitraire qu'il disposait, par l'intermédiaire de son conseil, avant cette date de tous les éléments pour formuler ses prétentions d'assurance-accidents complémentaire; à cet égard, il allègue avoir reçu la

police d'assurance-accidents complémentaire LAA conclue par son employeur pour la première fois au mois de mai 2005.

**b)** Aux termes de l'art. 45 al. 3 LCA, "lorsque le contrat ou la loi fait dépendre de l'observation d'un délai un droit qui découle de l'assurance, le preneur ou l'ayant droit qui est en demeure sans faute de sa part peut, aussitôt l'empêchement disparu, accomplir l'acte retardé". Cette disposition s'applique notamment lorsque le contrat prévoit un délai de déchéance, soumis aux exigences de l'art. 46 al. 2 LCA, pour agir en justice (TF 4A\_200/2008 du 18 août 2008 c. 2.2.3; ATF 74 II 97 c. 4; Graber, Basler Kommentar, op. cit., n. 43 ad art. 46 LCA).

Selon la jurisprudence, un délai est écoulé sans la faute du preneur d'assurance ou de l'ayant droit non seulement lorsque des circonstances dont il ne répond pas l'ont empêché d'agir dans le délai, mais aussi 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, au regard 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 au sens de l'art. 45 al. 3 LCA lorsque les parties ont mené sérieusement des pourparlers transactionnels au-delà de l'expiration du délai de péremption. Cette disposition exige alors néanmoins que le preneur d'assurance ou l'ayant droit ouvre action "aussitôt l'empêchement disparu", c'est-à-dire aussitôt que possible après la rupture des pourparlers (TF 4A\_200/2008 du 18 août 2008 c. 2.2.3 et les références citées ; Nef, Basler Kommentar, op. cit., n. 22 art. 45 LCA)

**c)** En l'espèce, l'art. 45 al. 3 LCA ne trouve pas application, dès lors que la défenderesse avait adressé au conseil du demandeur un courrier le 7 juillet 2005 lui indiquant qu'elle n'entendait lui allouer aucune indemnité pour invalidité sur la base du contrat d'assurance-accidents complémentaire, refus qu'elle avait confirmé de manière circonstanciée par lettre du 26 septembre 2005. Or, l'appelant n'a nullement établi que

les parties auraient ensuite mené sérieusement des pourparlers transactionnels. Au demeurant, la lettre du 7 juillet 2008 étant intervenue presque trois ans après le refus exprimé clairement par l'intimée de lui verser toute indemnité au sens de l'art. 28 let. b CGA, l'appelant ne saurait prétendre que les discussions se seraient poursuivies de manière ininterrompue jusqu'à l'ouverture de son action en 2009. Enfin, il a été admis en première instance que l'appelant avait connaissance de l'existence d'une police d'assurance-accidents complémentaire LAA et de la teneur des CGA depuis la lettre du 10 juillet 1998 adressée à son conseil d'alors par l'intimée, de sorte qu'il ne saurait soutenir avoir reçu la police en question pour la première fois au mois de mai 2005.

**6. a)** En définitive, l'appel doit être rejeté et le jugement entrepris confirmé.

**b)** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 9'777 fr. 25 (art. 62 al. 1 et 2 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010, RSV 270.11.5]), seront mis à la charge de Z.\_\_\_\_\_, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC).

**c)** L'appelant Z.\_\_\_\_\_ versera en outre à l'intimée O.\_\_\_\_\_ le montant de 6'000 fr. (art. 7 al. 1 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010, RSV 270.11.6]) à titre de dépens de deuxième instance.

Par ces motifs,  
la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal,  
statuant à huis clos,  
prononce :

- I. L'appel est rejeté.
- II. Le jugement est confirmé.
- III. Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 9'777 fr. 25 (neuf mille neuf cent septante-sept francs et vingt-cinq centimes), sont mis à la charge de l'appelant Z.\_\_\_\_\_.
- IV. L'appelant Z.\_\_\_\_\_ doit verser à l'intimée O.\_\_\_\_\_ la somme de 6'000 fr. (six mille francs), à titre de dépens de deuxième instance.
- V. L'arrêt est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Rossy (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Me Rémy Wyler (pour O.\_\_\_\_\_).

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- la Cour civile du Tribunal cantonal.

La greffière :