

VD_FINDINFO 15/2015/SNR vom 4. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_15_2015_SNR

FR: VD_FINDINFO 15/2015/SNR du 4 mars 2015

IT: VD_FINDINFO 15/2015/SNR del 4 marzo 2015

Regeste

VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, LÉGITIMATION ACTIVE ET PASSIVE, CESSIION DE CRÉANCE{CO}, PRESCRIPTION, CONTRAT D'ASSURANCE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 13 CO, 135 CO, 164 CO, 165 CO, 18 CO, 42 CO, 33 LCA, 4 LCA, 46 LCA, 6 LCA, 88 LCA, 98 al. 1 LCA, 1 LDIP, 112 LDIP, 116 LDIP, 117 LDIP, 5 LDIP

Erwägungen

E. 17

Le 25 juillet 2003, l'assurance-invalidité de [...] a reconnu au demandeur le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2001 et fixé le degré de l'invalidité à 100%. La rente [...] a procuré mensuellement au demandeur un montant de 1'508 fr. du mois de septembre 2000 au mois de décembre 2000, 1'581 fr. du mois de janvier 2001 au mois de décembre 2002, et 1'619 fr. dès le mois de janvier 2003. Cette rente a continué à être versée et à augmenter.

E. 18

Le 6 août 2003, l'assurance-invalidité fédérale (AI) a reconnu au demandeur le droit à une rente entière depuis le 1^{er} septembre 2000 et fixé le degré de l'invalidité à 90%. Selon les informations qu'il a transmises à l'AI, le demandeur a gagné 105'300 fr. en 1999, soit plus du double de l'année précédente (50'293 fr.) et plus du triple de l'année 1997 (30'494 fr.). La rente AI fédérale suisse a procuré mensuellement au demandeur un montant de 906 fr. du mois de septembre au mois de décembre 2000, 928 fr. en 2001 et 2002, et 951 fr. dès le mois de janvier 2003. Cette rente a continué à être versée et à augmenter.

E. 19

Le 18 septembre 2003, sur réquisition du demandeur du 15 septembre 2003, l'Office des poursuites de [...] a notifié à la défenderesse un commandement de payer dans la poursuite no [...], portant sur le paiement de 500'000 fr. plus intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} février 2003, ainsi que sur les frais occasionnés par la poursuite par 700 fr. et mentionnant comme cause de l'obligation « créance ouverte : prestations polices vie [...] (...) au nom de [...] et [...] ».

E. 20

Par actes du 18 décembre 2003, la société [...] a cédé au demandeur la totalité de ses droits relatifs à la libération du service des primes prévues par la police d'assurance invalidité no [...] et la [...] a cédé au demandeur avec effet rétroactif au 17 septembre 1999 toutes ses prétentions résultant de dite police d'assurance, le demandeur étant dès lors autorisé à faire valoir en son nom propre tous les droits en découlant.

E. 21

Le 24 février 2005, le Dr Peter König, spécialiste en psychiatrie et neurologie a rédigé un rapport dont il ressort notamment ce qui suit: « (...) C'est un trouble sérieux de la capacité cérébrale du type d'un syndrome frontal qui a représenté et représente encore actuellement chez M. X. _____ un trouble permanent, central. (...) Cet examen a relevé qu'il était toujours présent et avait atteint des dimensions qui font que M. X. _____ est en grande partie incapable d'exercer son métier de conseiller fiscal et fiduciaire à son compte. Suite à l'accident, M. X. _____ souffre en outre d'un syndrome dépressif qui – la littérature scientifique témoigne aussi de ce lien de causalité – influence la capacité cérébrale négativement et, dans le cas présent, affecte encore davantage la capacité cérébrale de M. X. _____, déjà réduite de multiples façons. Les crises épileptiques desquelles M. X. _____ aurait souffert de 15 à 20 ans n'ont pas eu d'influence sur ses capacités; après l'accident il semble y avoir eu une rechute. (...) Depuis son accident (...), M. X. _____ (...) souffre d'une altération de sa capacité cérébrale causée par accident (...). De plus il existe un trouble post-traumatique de l'odorat (...) ainsi qu'une hypersomnie (...) post-traumatique, conséquence de l'accident (...). Ces affections persistent depuis la date de l'accident jusqu'à la date du dernier résultat d'examen (10.04.2003) au moins. Il est possible qu'elles se maintiennent dans les mêmes dimensions. Le cas échéant un examen de contrôle (neuro-psychologique) annuel est recommandé. (...) A partir de la date de l'accident et encore après le 30.07.2000 jusqu'au dernier résultat d'examen (...). L'incapacité (...) d'exercer son métier est pratiquement de 100%, au mieux de 80%, à cause du syndrome psychique organique post-traumatisme crânio-cérébral et aussi à cause de l'hypersomnie, les deux états étant une conséquence de l'accident. (...). (...) Les troubles de santé et les atteintes de M. X. _____, la réduction de capacité dans son activité professionnelle habituelle sont très probablement (> 50%) imputés à son accident du 17.09.1999 et au traumatisme crânio-cérébral alors subi. (...) Les atteintes de la santé (...) qui sont encore présentes actuellement sont très probablement (>50%) une conséquence du traumatisme crânio-cérébral qu'il a subi le 17.09.1999. (...) une amélioration de l'état du patient est probable. (...) (...) A cause des séquelles de cet accident, M. X. _____ est dans l'incapacité prononcée (80%) soit complète (100%) d'exercer son métier. (...) Un traitement complémentaire adapté concernant l'aspect déficitaire et dépressif du trouble de la capacité cérébrale est recommandé d'urgence. (...)» Le demandeur n'a pas suivi de traitement complémentaire.

E. 22

Le 4 octobre 2005, le [...] de [...] a rendu un jugement dans la cause opposant le demandeur à l'assurance LAA Zurich Assurances SA dont il ressort notamment ce qui suit : « (...) 1. La décision sur opposition de la partie défenderesse du 11.06.2002 est entièrement annulée. 2. Il est établi que, selon la loi du 28.11.1989 concernant l'assurance-accidents obligatoire (...), la partie défenderesse est obligée de fournir les prestations légales à la partie demanderesse du 17.09.1999 au 04.10.2005 sans interruption, eu égard à l'accident du 17.09.1999 dont celle-ci fut la victime. 3. La partie défenderesse doit rembourser les frais de la procédure s'élevant à CHF 63'864.58 à la partie demanderesse, en un délai de quatre semaines, sous menace d'exécution. (...) (...) Le 17.09.1999 vers 23h00, le demandeur, adhérent à l'assurance-accidents obligatoire de la défenderesse, est victime d'un accident. Il tombe en descendant les escaliers (en béton) du parking « [...] » de [...] /CH. Les causes exactes de la chute ainsi que le déroulement exact de la chute ne peuvent plus être déterminés, car le demandeur est victime d'une amnésie rétrograde (=perte de mémoire) causée par la chute et concernant le déroulement de la chute. De plus, il n'y a pas de

témoins directs de l'incident. C'est une patrouille de la police municipale de [...] qui, lors d'une ronde de routine, a trouvé le demandeur après sa chute, au pied des escaliers, et qui l'a fait amener ensuite par une ambulance à l'hôpital [...] de [...]. Le diagnostic qu'on y a posé fait état de deux contusions (hématomes ou hématomes sous-cutanés), dont une première frontale et une deuxième occipitale (...). En ce qui concerne la blessure à la tête que le demandeur a subie lors de l'accident litigieux du 17.09.1999, il s'agit d'un léger traumatisme crânio-cérébral fermé (=sans lésion des os crâniens), lié à une courte perte de connaissance de quelques secondes ou minutes ainsi qu'à une amnésie rétrograde (perte de mémoire) concernant le déroulement de l'accident. Le demandeur a ensuite été hospitalisé pour observation à l'hôpital [...] de [...] jusqu'au 20.09.1999. (...) On lui signe un arrêt de travail du 18.09.1999 au 30.09.1999. (...) Après sa sortie de l'hôpital, le demandeur essaie de reprendre son activité antérieure de fiduciaire et conseiller/ contrôleur fiscal avec deux entreprises et des agences situées à [...] et [...] /CH. (...) les maux dont le demandeur se plaignait ne cessaient pas, surtout les maux de tête, les problèmes de concentration, le ralentissement de la pensée et les troubles sensoriels du côté gauche (...). (...) le demandeur a été hospitalisé du 05.10.1999 au 30.11.1999, juste après l'accident litigieux, au centre de réhabilitation neurologique [...] à [...] /CH. Comme l'état du demandeur ne s'améliora pas, celui-ci a été amené à arrêter complètement son activité professionnelle antérieure comme fiduciaire et conseiller/contrôleur d'impôts (...). (...) Depuis son accident litigieux du 17.09.1999, le demandeur souffre en permanence jusqu'à la date actuelle 1. d'une grave atteinte de sa capacité cérébrale à la manière d'un syndrome frontal, conjointement à un syndrome dépressif présentant un lien de causalité avec l'accident qui affecte encore davantage la capacité cérébrale du demandeur, déjà réduite de multiples façons (...). 2. d'un trouble post-traumatique de l'odorat (...) 3. d'une hypersomnie post-traumatique, c.-à-d. d'un besoin fortement accru de sommeil (...). Depuis le 17.09.1999 (...) jusqu'à la date actuelle l'incapacité du demandeur à exercer son métier habituel est pratiquement de 100%, au mieux de 80%. Le syndrome psychique organique post-traumatisme crânio-cérébral dont souffre le demandeur de façon primaire (...) se compose d'une série de symptômes divers comme céphalées, vertiges, épuisement, irritabilité, troubles de la concentration, des capacités mentales, de la mémoire, du sommeil et d'une moindre résistance au stress, aux stimulations émotionnelles ou à l'alcool. Ces symptômes sont susceptibles de s'accompagner d'un état dépressif et d'appréhension, dus à une moindre estime de soi et à la peur d'une atteinte irrémédiable du cerveau. De tels sentiments alourdissent encore la symptomatologie initiale. Les problèmes de santé et les atteintes du demandeur (...) ainsi que les limitations dans son activité professionnelle habituelle de fiduciaire et de conseiller/contrôleur d'impôts sont très probablement imputés à l'accident litigieux du 17.09.1999 et au traumatisme crânien alors subi. (...) L'accident litigieux a aussi causé un changement du caractère du demandeur. En effet, celui-ci a considérablement limité sa vie sociale, en s'isolant de ses connaissances et collègues, car il se sentait gêné des séquelles de l'accident. De plus, le demandeur devait complètement cesser ses activités sportives (...). (...) Concernant la question du lien de causalité naturelle : (...) l'expert désigné du tribunal, ainsi que tous les autres experts témoignant dans l'affaire, a expliqué clairement qu'il ne pouvait pas être question d'une pathologie initiale du demandeur. Même le Dr Hungerbühler, qui est apparemment le seul à conforter le point de vue de la défenderesse par son expertise neurologique du 19.12.2000, ne suppose pas une pathologie initiale du demandeur. (...) Comme il a pu être établi que les atteintes à la santé/ les troubles que présente le demandeur de façon continue depuis l'accident litigieux du 17.09.1999, ainsi

que sa capacité restreinte (incapacité de travail) d'exercer son métier habituel, remontent avec une vraisemblance prépondérante à cet accident, il y a lieu d'admettre le lien de causalité naturelle. Concernant la question du lien de causalité adéquate : (...) Dans le cas d'espèce, l'admission d'un lien de causalité adéquate suppose que l'accident est d'une signification déterminante. (...) En se basant sur le déroulement évident des événements, on ne peut classer l'accident litigieux parmi les accidents légers ou graves, mais plutôt parmi les accidents de gravité moyenne. (...) (...) l'accident litigieux a provoqué, entre autres, une courte perte de mémoire ainsi qu'une amnésie rétrograde concernant le déroulement de l'accident, et il a fallu transporter le demandeur à l'hôpital de [...], au moyen d'une intervention de la police municipale de [...]. L'accident litigieux du demandeur était donc bel et bien lié à des circonstances très impressionnantes pour celui-ci. (...) En raison des troubles cumulés et surtout de leurs conséquences considérables, et surtout aussi en raison du fait qu'ils persistent sans interruption depuis la date de l'accident jusqu'à la date actuelle, donc depuis plusieurs années, il y a lieu d'admettre aussi les critères se rapportant au caractère spécifique des blessures et aux séquelles persistantes. De plus, il faut souligner que le demandeur subit les troubles concomitants typiques du "psycho-syndrome organique" post-traumatique (...) qui ont fait qu'il a limité ses contacts sociaux et ses activités sportives habituelles considérablement. D'après une appréciation globale de ces circonstances, il y a lieu d'admettre le lien de causalité adéquat. (...) » Le 7 décembre 2006, l' [...] du [...] a confirmé le jugement de première instance. Ces décisions se réfèrent à l'expertise effectuée par le Pr Peter König.

E. 23

Le 22 février 2007, le Dr Jean-Paul Robert a précisé ce qui suit : « (...) Précision par rapport à la lettre du 20.04.01 (...) : « je précise qu'au moment de la sortie de la clinique La Lignière le 30.11.1999, le patient était en incapacité de travail totale. Cependant, j'avais encouragé le patient à progressivement prendre contact avec son milieu professionnel, au lieu de rester toute la journée à domicile, sans obligation de rentabilité professionnelle aucune. Ceci est une méthode de reprise de travail, pour une reprise effective ultérieure à déterminer selon la rentabilité effective du patient. Je ne peux m'exprimer sur la durée de cet « essai professionnel thérapeutique », n'ayant pas suivi le patient ambulatoirement par la suite. (..) Il est donc normal, même avec une incapacité de travail totale, que la voiture de Mr X. _____ se trouve à proximité de son lieu de travail. (...). »

E. 24

Le 26 février 2007, le Dr Nabih Daou, spécialiste FMH médecine interne – cardiologie, a rédigé le certificat médical suivant : « (...) je n'ai jamais modifié la stratégie de reprise du travail préconisée par le Dr. Robert dans sa lettre de sortie de La Lignière du 29.11.1999 et motivée dans sa lettre du 20.04.2001 (...). Ayant régulièrement suivi le patient avant et après sa sortie de La Lignière, j'ai apprécié par la suite son taux d'activité en fonction de son état de santé et en tenant compte de ses horaires de travail avant la survenue de son accident du 17.09.1999. Je confirme donc qu'il est normal que la voiture du patient stationne à proximité de ses bureaux indépendamment du taux d'incapacité de travail. Il n'a jamais existé une relation entre le temps de stationnement du véhicule à [...] et son taux d'incapacité de travail qui était à 75% au début 2001. (...). »

E. 25

Le 19 juin 2007, le Dr Nabih Daou a rédigé l'attestation suivante : « (...) le terme « Essais professionnel thérapeutique » est une « création » de la R. _____ et non du Dr. Robert. Le Dr Robert avec qui je m'étais concerté a toujours parlé de méthode et de stratégie de reprise du travail. Il n'a jamais été question « d'essai thérapeutique » (...). Au vu de la clinique du patient (notamment hypersomnie et difficultés mnésiques et de concentration), celui-ci avait besoin de périodes de repos multiples au cours d'une journée de travail. A cause de sa clinique, son rendement productif (lenteur) était effondré. Contrairement à ce qu'affirme la R. _____, j'ai donc préconisé la continuation de la stratégie de reprise du travail mise en place par le Dr. Robert à la sortie de la Lignière pour ne pas risquer d'aggraver encore davantage la clinique du patient. Celui-ci devait donc se rendre au travail plusieurs fois par jour, pour travailler selon ses possibilités 1 ou 2 heures d'affilée avec des pauses en cas de besoin, alterné avec des périodes de repos. J'ai régulièrement vu et examiné le patient et apprécié périodiquement le taux de capacité de travail. Les examens médicaux ultérieurs, notamment les expertises du Dr. Christe, Centre Rencontres, Delémont, m'ont à posteriori conforté dans mon opinion que la méthode de reprise de travail mise en place conjointement entre le Dr Robert et moi-même était la bonne. Contrairement à ce que veut faire croire la R. _____, cette stratégie n'a jamais été modifiée et elle était donc toujours en vigueur, inchangée, en 2001. Bref, la conclusion hâtive, affirmant (à la seule vue de la voiture de Monsieur X. _____ près de son lieu de travail confirmé par des détectives privés) qu'il travaille à 50, 75% ou 100% ne tient pas debout. (...). »

E. 26

Le 3 juillet 2007, le Dr Robert Blois, médecin adjoint aux HUG à Genève, a écrit ce qui suit : « (...) Dans l'adolescence, il a présenté une épilepsie de type X. (...) Tout le traitement a été arrêté pour l'enregistrement. Il a arrêté le modasomil et le tégrétole deux ou trois jours avant. J'ai fait réaliser un enregistrement de sommeil sur une période de 36 heures (...). Ces enregistrements montrent une hypersomnie avec un temps de sommeil total occupant plus de 85% du temps enregistré et plus de 61% de la période de 36 heures (en incluant la période pendant laquelle le patient n'était pas branché aux appareils pour la toilette et les repas ainsi que pour lui permettre de se bouger un peu.). (...) En conclusion, on peut retenir une hypersomnie certainement consécutive à plusieurs facteurs : un syndrome d'apnées du sommeil et une probable narcolepsie. (...). »

E. 27

Le 24 septembre 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a condamné la société [...] à verser au demandeur la somme de 54'554 fr. 50 avec intérêt à 5% l'an dès le 24 octobre 2002 et à lui verser des dépens à hauteur de 1'500 francs. Il ressort notamment ce qui suit du jugement rendu : « (...) En l'occurrence, le demandeur est assuré autant contre le risque de maladie que contre celui d'accident, professionnels ou non professionnels. 3. a) La défenderesse fait grief au demandeur d'avoir prétendu se trouver en incapacité de travail alors même qu'il était en réalité capable de travailler et qu'il aurait par ailleurs selon elle effectivement travaillé. Se fondant, à l'appui de son argumentaire, sur le rapport établi par l'agence de détectives [...] de même que sur les comptes des sociétés exploitées par le demandeur, qui démontreraient que l'emploi du temps du demandeur entre le 25 janvier et le 11 février 2001 était totalement incompatible avec une activité réduite à 25 %, elle s'est notamment départie du contrat d'assurance litigieux en application de l'art. 40 LCA. Le demandeur conteste pour sa part les allégations de la défenderesse, en

particulier quant au fait qu'il aurait travaillé, et requiert l'exécution par cette dernière de ses obligations contractuelles. (...) c) En l'occurrence, les différents rapports d'expertise et avis médicaux produits au dossier aboutissent tous à la conclusion que le demandeur s'est trouvé, depuis son accident, incapable de travailler à un taux de plus de 25 % dans le meilleur des cas. Ces rapports et avis sont, pour la majeure partie d'entre eux, circonstanciés, dûment motivés, et tiennent compte de l'ensemble des plaintes et éléments anamnestiques concernant le demandeur, si bien qu'on peut leur accorder une pleine valeur probante. L'on peut s'y fier à plus forte raison qu'ils rejoignent, dans leurs conclusions, l'appréciation faite tant par les autorités de l'assurance-invalidité en Suisse et au [...] (qui ont reconnu une invalidité quasi-totale), que par la Bâloise assurances (qui a également reconnu une incapacité de 100 %), ou encore par les autorités judiciaires pénales (en Suisse) et civiles (au [...], dans le cadre de la procédure contre [...]). Enfin, plusieurs des témoins entendus dans le cadre de l'enquête pénale ont également confirmé la réalité de l'accident en cause de même que le mauvais état de santé du demandeur. Ces différents éléments concordants suffisent amplement à établir, au degré de preuve de la vraisemblance tel qu'exigé par la jurisprudence, que le demandeur a bel et bien été victime d'un accident en date du 17 septembre 1999, lequel a entraîné une incapacité de travail d'au moins 75 %. Quant à la question, examinée notamment par le Dr Hungerbuhler, de savoir si la cause de cette incapacité de travail doit, après un laps de temps déterminé, être qualifiée de maladie, elle importe peu dans la mesure où la couverture d'assurance litigieuse s'étend aussi bien au risque d'accident qu'à celui de maladie. Cela dit, la défenderesse invoque, au titre de la contre-preuve, en premier lieu le rapport de l'agence de détectives. Elle entend en déduire le fait que le demandeur aurait eu un emploi du temps incompatible avec l'incapacité de travail alléguée. On ne saurait la suivre dans ce raisonnement. Si le rapport en question démontre certes que l'intéressé parquait régulièrement son véhicule dans le parking du [...] à [...] et qu'il se rendait dans les locaux de sa société [...], il ne prouve pas encore que ce dernier travaillait effectivement. Ce seul rapport ne saurait en soi suffire à éveiller des soupçons importants, propres à faire échec à la vraisemblance induite par le demandeur. Cette conclusion s'impose d'autant plus que les médecins traitants de ce dernier ont clairement expliqué avoir, au titre de méthode thérapeutique, encouragé leur patient à se rendre sur son lieu de travail sans pour autant y travailler. Certains témoins ont également confirmé que le demandeur venait à son bureau sans pour autant y exercer son activité professionnelle. De même, les comptes des sociétés gérées par le demandeur ne sont également d'aucun secours à la défenderesse dans la mesure où le demandeur employait plusieurs personnes (qui ont poursuivi leurs activités en l'absence du demandeur), dont l'une a au demeurant confirmé qu'il avait repris petit à petit ses activités. S'agissant du témoignage de l'ex-amie du demandeur, selon laquelle ce dernier aurait, à sa connaissance, travaillé normalement en 2000, il ne revêt en soi aucune force probante, faute d'éléments plus concrets et au vu du contexte conflictuel semblant exister entre ces deux personnes. Enfin, la cassette vidéo produite par la défenderesse ne prouve pas non plus que le demandeur aurait travaillé à un taux supérieur à 25 %. Au vu des éléments qui précèdent, on ne saurait considérer que la défenderesse a rendu vraisemblable la « fraude » du demandeur. Cela étant, elle n'était pas fondée à se départir du contrat d'assurance litigieux. 4. La défenderesse invoque la prescription selon l'art. 46 LCA. Selon cette disposition, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. La défenderesse explique que la résiliation du contrat selon l'art. 40 LCA ayant un effet ex tunc, la prescription a été acquise le 3 octobre 2001, soit deux ans après le début du droit au

paiement des indemnités. (...) En l'occurrence, la défenderesse a servi des indemnités journalières au demandeur jusqu'à fin 2000. Ce faisant, force est de considérer qu'elle a jusqu'alors maintenu le demandeur dans une situation de sinistre. Le demandeur a ensuite fait notifier, le 23 octobre 2002, un commandement de payer à la défenderesse. S'il est vrai que la cause de l'obligation mentionnée dans celui-ci est vague, il n'en demeure pas moins que dans sa lettre du 7 octobre 2003, la défenderesse n'a pas contesté le fait que ce commandement de payer fût interruptif de prescription, évoquant uniquement sa tardiveté, la prescription étant selon elle déjà acquise. Il convient dès lors de considérer que la prescription a été valablement interrompue par la notification de cet acte de poursuite, et qu'un nouveau délai de prescription a couru dès ce moment. La demande ayant été déposée le 23 décembre 2003, soit avant l'échéance de ce nouveau délai, il y a lieu d'admettre que les prétentions du demandeur à l'égard de la défenderesse ne sont pas prescrites. 5. a) Il reste à déterminer le montant auquel le demandeur a droit en exécution du contrat d'assurance litigieux. (...) b) Le demandeur a touché des indemnités journalières dès le 2 octobre 1999 (soit après le délai d'attente de 14 jours) et jusqu'au 31 décembre 2000, ce qui représente 457 indemnités. En vertu du contrat d'assurance, il a droit à des indemnités durant au total 716 jours (730 jours moins les 14 jours du délai d'attente selon l'art. 9 CGA). Il doit ainsi encore percevoir 259 indemnités (soit jusqu'au 16 septembre 2001). c) Cela étant posé, il convient encore de déterminer le taux à appliquer au salaire convenu. L'art. 8 al. 2 CGA, selon lequel l'allocation journalière assurée est versée entièrement si l'incapacité de travail atteint ou dépasse 66 2 / 3 % et que l'assuré est au bénéfice de prestations de prévoyance professionnelle, ne peut trouver application en l'espèce, le demandeur n'ayant perçu des prestations LPP qu'à partir du 18 septembre 2001. Ce dernier doit ainsi se voir allouer les indemnités journalières proportionnellement à son incapacité de travail. A cet égard, le demandeur allègue que son incapacité de travail est de 75 % depuis le 1 er janvier 2001. (...) Quant aux rapports d'expertises et avis médicaux produits au dossier, ils font état, de manière divergente, d'une incapacité oscillant généralement entre 80 % et 90 %. Dans ces conditions, l'on s'en tiendra à la carte de contrôle régulièrement remplie par le Dr Daou, médecin traitant du demandeur, qui a suivi ce dernier sur une période de temps plus conséquente que les autres praticiens consultés. Selon cette carte, le demandeur s'est trouvé en incapacité de travail à 75 % du 1 er janvier au 1 er avril 2001 (91 jours), à 100 % du 2 avril au 1 er juillet 2001 (91 jours) et à 80 % à compter du 2 juillet 2001 en tout cas jusqu'au 16 septembre 2001 (77 jours). L'indemnité journalière à 75 %, 100 % et 80 % s'élève respectivement à 185 fr. 30, 247 fr. et 197 fr. 60. Compte tenu des taux qui précèdent, le demandeur doit se voir allouer la somme de 54'554 fr. 50 (91 x 185 fr. 30 = 16'862 fr. 30 ; 91 x 247 fr. = 22'477 fr. ; 77 x 197 fr. 60 = 15'215 fr. 20). d) La défenderesse doit également l'intérêt moratoire. (...) (...) »

E. 28

Depuis le jour de l'accident, la société [...] a versé au demandeur des prestations à hauteur de 86'465 fr. 20 pour le dossier accident et de 5'744 fr. 30 pour le dossier maladie. Aucune rente n'a été payée par la défenderesse depuis la naissance du droit aux prestations, soit depuis le 17 septembre 2001.

E. 29

En cours d'instruction, une expertise a été confiée à Alain Chalumeau, spécialiste de neurologie et psychiatrie à Lyon, qui a déposé son rapport le 12 février 2012. Préliminairement, l'expert remarque que s'il y a eu une amélioration globale des

performances du demandeur au fil des années, il n'en persiste pas moins une altération des capacités de mémorisation, un syndrome de type dysexécutif, une fatigabilité, une pénalisation par les épreuves chronométrées, un ralentissement du cours de la pensée et des persévérations. L'expert relève qu'en l'état actuel, le demandeur est toujours en incapacité de gain, ceci en raison des éléments déficitaires dont il reste porteur sur le plan neuropsychologique, éléments qui sont très largement dominés par le syndrome dysexécutif comportemental et moteur qui subsiste et qui provoque une bradypsychie, des troubles de la mémorisation, une altération massive de ses choix stratégiques, une fatigabilité, une altération du cours de la pensée, des persévérations, etc. Même si son état neuropsychologique s'est un peu amélioré au fil des mois et des années, le demandeur ne bénéficie pas d'une capacité de travail supérieure à 25%. Si le demandeur a souffert d'une épilepsie bénigne de l'adolescence, survenue vers l'âge de quatorze ans, celle-ci a été traitée pendant environ quatre à cinq ans et a guéri après arrêt progressif du traitement. Le demandeur était donc guéri de cette épilepsie lorsqu'est survenu l'accident du 17 septembre 1999 et lors de la signature de son contrat d'assurance. Avant la passation de la police d'assurance en cause, le demandeur n'était donc affecté d'aucune épilepsie partielle et/ou généralisée. Il ne conserve par ailleurs aucun signe d'épilepsie clinique ou électroencéphalographique. Son incapacité actuelle de gain n'est ainsi en rien liée à une épilepsie. Il ne présentait aucune prédisposition antérieure; l'épilepsie dont il a souffert à l'adolescence n'a pas pu avoir eu la moindre incidence sur l'évolution ultérieure de son comportement et ce, au sens large du terme. L'accident est ainsi survenu en dehors de toute manifestation épileptique, donc de crise épileptique aiguë qui aurait provoqué la chute dans les escaliers. Il n'a en effet jamais été fait mention d'une morsure de langue, seul élément caractéristique pour se prononcer sur la nature d'un malaise comitial. L'incapacité de travail actuelle du demandeur est en relation avec les séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral, traumatisme qui a comporté dans les suites des manifestations épileptiques partielles témoignant de la sévérité de l'impact crânio-encéphalique, même si aucune lésion n'est décelable sur les examens morphologiques, élément qui n'est en rien inhabituel. Cette épilepsie post-traumatique a guéri dans les délais habituels et ne justifie plus aucun traitement. L'expert constate que tous les bilans neuropsychologiques effectués au cours de l'évolution post-traumatique ont donné les mêmes résultats et que son propre examen recoupe également les mêmes données cliniques. Il peut donc affirmer que le demandeur a été victime d'un accident le 17 septembre 1999 qui a lui-même engendré un traumatisme crânio-cérébral sévère qui, tant sur le plan physique que psychique, provoque une atteinte à son état de santé et qui explique parfaitement la perte de gain qui en découle, en raison des conséquences neuropsychologiques. Selon l'expert, les conséquences de l'accident ne sont en rien d'origine psychique, même partiellement. En revanche, les conséquences sont de nature organique, comportant une altération partielle de l'odorat, stigmate physique classique mais surtout, les éléments déficitaires neuropsychologiques, donc organiques.

E. 30

En cours d'instruction, une expertise a été confiée à Pierre Delaloye, de la société Ernst & Young SA à Lausanne, qui a déposé son rapport le 12 juillet 2012. Il en ressort ce qui suit :

E. 31

L'expert a déposé un rapport complémentaire d'expertise le 16 juillet 2013. Il en ressort ce qui suit : L'expert a notamment joint à son rapport les deux annexes suivantes :

E. 32

La défenderesse a expressément invoqué la prescription de tous les prétendus droits invoqués par le demandeur à son encontre.

E. 33

D'autres faits allégués et admis ou prouvés, mais sans incidence sur la solution du présent procès, ne sont pas reproduits ci-dessus.

E. 34

ad art. 164 CO). Selon cette disposition, le débiteur ne peut exciper de ce que la créance avait été stipulée incessible, si le tiers est devenu créancier sur la foi d'une reconnaissance écrite ne mentionnant pas l'incessibilité. La cession n'est en outre valable que si elle a été constatée par écrit (art. 165 al. 1 CO). c) En l'espèce, le 30 novembre 1998, la société [...] a conclu une police d'assurance invalidité du demandeur auprès de la défenderesse, pour des prestations à verser à la [...]. La société [...], dont le demandeur était associé gérant et qu'il engageait par sa signature individuelle, était ainsi le preneur d'assurance et le demandeur était la personne assurée. La clause bénéficiaire prévoyait qu'en cas de dissolution du preneur d'assurance, la personne assurée devenait preneur d'assurance. La société [...] est entrée en liquidation le 22 octobre 2010 et a été radiée le 5 décembre 2011. En outre, par actes du 18 décembre 2003, les droits découlant de la police litigieuse ont été cédés au demandeur par la société [...] et la [...]. Si ces cessions ont eu lieu sans l'accord de la défenderesse, il n'est pas établi qu'elles l'aient été en violation de la loi, d'une clause conventionnelle ou que la nature de l'affaire ne les permettait pas. Le demandeur, cessionnaire des créances litigieuses, est dès lors devenu preneur d'assurance et bénéficiaire des prestations d'assurance dont il peut faire valoir en son nom propre tous les droits en découlant. Il a dès lors la légitimation active quant à la prestation assurée dans la police no [...] et l'avait déjà lors du dépôt de la demande le 23 décembre 2003. Quant à la défenderesse, partie contractante du contrat dont l'exécution est requise par le demandeur, elle a la légitimation passive à la présente action. VI. a) Dans sa réponse, soit en temps utile (Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 3 ad art. 138 CPC-VD et la jurisprudence citée), la défenderesse a expressément soulevé l'exception de prescription. b) aa) En matière de contrat d'assurance, l'exigibilité revêt un sens particulier: la créance qui résulte d'un tel contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA). Le législateur a considéré qu'ainsi définie, l'exigibilité ne pouvait constituer le point de départ adéquat de la prescription. Il s'agissait notamment d'éviter que l'assuré puisse influencer sur le processus de prescription (ATF 139 III 263 c. 1.2 et les références citées). En conséquence, le législateur a adopté un autre critère comme point de départ de la prescription par l'adoption de l'art. 46 al. 1 LCA (TF 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 c. 3.4.3). Cette disposition, dont l'application n'est pas contestée par les parties, prévoit que "les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation". Aux termes de l'art. 98 al. 1 LCA, ne peuvent être modifiées par convention au détriment du preneur d'assurance notamment les prescriptions des art. 44 à 46 de la loi. L'art. 46 LCA est une disposition relativement impérative (Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n. 870). Elle constitue une *lex specialis* qui seule fait règle dans le domaine régi par la loi sur le contrat d'assurance (TF 5C.237/2004 du 23 mars 2005 c. 2.1; ATF 127 III 268 c. 2c; ATF 118 II 447 c. 2a/aa). Selon l'art. 46 al. 2 LCA, est nulle, en ce qui a trait à la prescription contre l'assureur, toute stipulation d'une prescription plus courte

ou d'un délai de déchéance plus bref. Il découle a contrario de cette disposition que la loi tolère la stipulation d'un délai de déchéance 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, non publié in ATF 126 III 278; Debieux, Commentaire de l'ATF 126 III 279, in PJA 12/2000, pp. 1568 ss, spéc. p. 1569; Graber, Basler Kommentar, n. 35 ad art. 46 LCA; cf. Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^{ème} éd., p. 400). Selon le Tribunal fédéral, l'introduction d'une clause de déchéance ne remplace pas la prescription de la créance; au contraire, la prescription et la péremption existent l'une à côté de l'autre de manière autonome et déploient leurs effets propres (TF 5C.215/1999 du 9 mars 2000 c. 4b). La doctrine considère qu'il est possible pour les parties de convenir d'un *dies a quo* différent. Certains auteurs admettent même que le point de départ du délai soit antérieur à celui que la loi prévoit; un tel cas de figure 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 (Graber, op. cit., n. 36 ad art. 46 LCA). bb) La jurisprudence a précisé que le "fait d'où naît l'obligation" ne se confond pas nécessairement avec la survenance du sinistre - même s'il s'agit de la cause première de l'obligation d'indemnisation. Selon le type d'assurance envisagée, la prestation de l'assureur n'est due que si le sinistre engendre un autre fait précis. Ainsi, en matière d'assurance accident, le contrat peut prévoir une couverture en cas d'invalidité; ce n'est alors pas l'accident comme tel, mais la survenance de l'invalidité qui donne lieu à l'obligation de payer des prestations. Seule une prétention qui a déjà pris naissance peut être atteinte par la prescription. 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. 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. En bref, 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 le même sens TF 5C.61/2003 du 23 octobre 2003 c. 3.5). Il convient de rappeler que les diverses prétentions découlant d'un rapport de droit, notamment d'un contrat d'assurance, se prescrivent en principe séparément, hormis lorsque les divers chefs de réclamation, bien que distincts, ont un rapport étroit entre eux (ATF 133 III 675 c. 2.3.2 et les références citées; Pichonnaz, Commentaire romand CO I, 2^e éd. 2012, n. 28 ad art. 135 CO et n. 8 ad art. 138 CO). cc) Comme toute prescription, celle de l'art. 46 LCA est 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, telles que par une poursuite ou une action. La doctrine et la jurisprudence ont précisé que la réquisition de poursuite remplissant les exigences de l'art. 67 LP interrompt la prescription dès sa remise à la poste. Tel n'est pas le cas si la réquisition a été rejetée en raison, par exemple, d'une mauvaise désignation du débiteur ou si le commandement de payer n'est pas notifié parce que le créancier n'a pas fait l'avance de frais (Pichonnaz, op. cit., n. 12 ad art. 135 CO, pp. 1035-1036 et références). La prescription est notamment interrompue avec pour effet qu'un nouveau délai commence à courir dès l'interruption (art. 137 al. 1 CO). Selon la jurisprudence, il y a un acte interruptif valable de la prescription au sens de l'art. 135 al. 2 CO par une personne qui n'a pas la légitimation active ou contre une personne qui n'a pas la

légitimation passive, lorsqu'il n'existe aucun doute quant à la vraie identité d'une partie, en ce sens que le débiteur reconnaît ou doit reconnaître, d'après les circonstances et en dépit de la désignation inexacte, la volonté du créancier d'agir contre lui. Dans ces cas, lorsque la prescription est interrompue malgré l'absence de légitimation du tiers erronément désigné comme partie, le débiteur n'est pas lésé dans ses intérêts légitimes puisqu'il a connaissance de la volonté du créancier de faire valoir sa prétention (ATF 136 III 545, JT 2012 II 439 ; TF 4C.363/2006 du 13 mars 2007, TF 4C.185/2005 du 19 octobre 2006 ; ATF 114 II 335, JT 1989 I 337). c) En l'espèce, au vu de ce qui précède, il faut retenir que chaque rente annuelle se prescrit individuellement. Les conditions générales prévoient que les prestations sont dues dès la naissance du droit, au plus tôt toutefois dès l'échéance du délai d'attente de vingt-quatre mois. Les parties n'ont pas allégué ni établi qu'une clause contractuelle modifiait le délai légal de deux ans institué à l'art. 46 al. 1 LCA. C'est donc ce délai qui s'applique. L'accident ayant eu lieu le 17 septembre 1999, le délai d'attente expirait le 17 septembre 2001, s'agissant de la première rente annuelle de 75'000 francs. La défenderesse a d'ailleurs reconnu le droit du demandeur aux prestations d'invalidité à partir du 17 septembre 2001. La créance du demandeur se prescrivait deux ans après cette date, soit au 17 septembre 2003. Les rentes annuelles ultérieures étaient exigibles et prescrites avec autant d'années de décalage, soit, pour la prescription, en 2004, 2005, etc. Il résulte de l'état de fait que le 18 septembre 2003, sur réquisition du demandeur du 15 septembre 2003, l'Office des poursuites de [...] a notifié à la défenderesse un commandement de payer portant notamment sur le paiement de 500'000 fr. et mentionnant comme cause de l'obligation « créance ouverte : prestations polices vie [...] (...) au nom de [...] et [...] ». Au vu de la mention du numéro de la police concernée, dont la seule personne assurée est le demandeur, et de l'indication des sociétés preneur d'assurance et bénéficiaire, la défenderesse ne pouvait pas douter de la relation juridique qui était mise en cause dans le cadre de la poursuite alors ouverte par le demandeur, ni de l'identité du créancier impliqué. Si le commandement de payer n'a été notifié que le 18 septembre 2003 à la défenderesse, la réquisition de poursuite date du 15 septembre 2003 au plus tard, soit dans le délai de deux ans qui expirait le 17 septembre 2003. La première rente due, dès le mois de septembre 2001, n'était donc pas prescrite. En outre, l'interruption de la prescription engendrée par cette poursuite a fait courir un nouveau délai également interrompu lorsque le demandeur a ouvert action le 23 décembre 2003. Les rentes ultérieures ne sont donc pas non plus prescrites. VII. a) La défenderesse fait valoir qu'elle n'est pas liée par le contrat d'assurance litigieux dès lors qu'il y aurait eu violation du devoir d'annoncer un fait important de la part du demandeur lors de sa conclusion et sur la déclaration de santé signée le 24 décembre 1998. b) Celui qui veut s'assurer doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA). Il peut en particulier s'agir de faits propres à aggraver le risque assuré; l'aggravation du risque est décisive lorsqu'il faut admettre que l'assureur refuserait le contrat s'il connaissait le fait en question ou qu'il ne le conclurait qu'à d'autres conditions, plus restrictives ou plus onéreuses (TF 4A_303/2010 du 11 août 2010 c. 2.1). Sous l'art. 6 aLCA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005 (applicable en l'espèce dès lors que le contrat a été conclu en 1998 et que le nouveau n'est pas retroactif selon l'ATF 136 III 334 c. 2.2), si, lors de la conclusion du

contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration des faits importants pour l'appréciation des risques avait omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'était pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il avait eu connaissance de la réticence. Un lien de causalité entre le fait caché ou inexactly déclaré et le sinistre n'était pas nécessaire (TF 4A_303/2010 du 11 août 2010 c. 2.1). Selon la doctrine, on entend par réticence une réponse fautive, inexacte ou incomplète. La réticence doit être réalisée d'un point de vue objectif et subjectif. D'un point de vue objectif, la réticence suppose que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence réside dans la divergence entre la vérité et ce qui a été déclaré. Elle peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 c. 2.3 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.2). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 c. 2.3 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.3 ; TF 4A_54/2011 c. 2.4 ; TF 4A_579/2009 c. 2.4). La preuve de la réticence est à la charge de l'assureur (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Edition annotée, ad art. 6 LCA, p. 150) qui peut, en cas de réticence, résoudre le contrat avec effet rétroactif et refuser ses prestations pour un sinistre déjà survenu, même si celui-ci est sans rapport avec le fait qui constitue l'objet de la réticence (TF 5C_262/2006 du 28 mai 2008 c. 4.2, SJ 2008 p. 400; ATF 111 II 388 c. 3a; ATF 109 II 60 c. 3c; ATF 92 II 342 c. 4). c) Conformément à l'art. 6 aLCA, l'assureur qui entend se départir du contrat doit le faire dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Il s'agit d'un délai de péremption, qui peut intervenir après la survenance du sinistre et qui ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence, et non pas dès ses premiers soupçons, même si ces derniers sont graves. L'assureur agit donc en temps utile lorsqu'il cherche des informations précises et ne se départ du contrat que dans les quatre semaines suivant leur réception. En outre, le délai ne court qu'à partir d'une connaissance positive – ou objective – de la réticence, et non dès le moment où l'assureur aurait dû la connaître, car le législateur s'est référé à un point de départ strictement objectif (la connaissance), et non à un élément subjectif (obligation d'user de diligence) (TF 4A_54/2011 du 27 avril 2011 c. 2.4 ; TF 4A_579/2009 du 1^{er} février 2010 c. 2.6). Le délai ne commence donc à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont il peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise (ATF 118 II 333 c. 3a précité, rés. in JT 1996 I 127). L'assureur agit en revanche tardivement s'il est orienté mais qu'il recherche encore de nouveaux renseignements qui n'ont d'autre effet que celui de confirmer ce qu'il sait déjà. Il appartient enfin à l'assureur de prouver le respect du délai pour se prévaloir d'une réticence (TF 4A_177/2008 du 14 octobre 2008 c. 6 ; TF 5C.115/2006 du 18 octobre 2006 c. 2 ; ATF 118 II 333 c. 3 précité, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 V 218 c. 6; Viret, Droit des assurances privées, 2^e éd., p. 102). d) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner la question de l'existence d'une réticence, dès lors que la défenderesse, qui ne reprend d'ailleurs pas cet argument dans son mémoire de droit, n'a pas respecté le délai d'invocation de la réticence. En effet, elle a seulement réservé la question de la validité de la police d'assurance au regard d'une possible réticence dans le cadre de ses déterminations dans sa réponse du 29 novembre 2007, mais ne l'a invoquée expressément que dans le cadre de sa duplique du 17 décembre 2009, alors qu'elle était en

possession de rapports médicaux mentionnant les symptômes épileptiques en 24 février 2005 déjà. La défenderesse est ainsi bien liée par le contrat d'assurance. Il s'agit donc d'examiner si le demandeur peut en déduire des droits. VIII. a) La loi fédérale sur le contrat d'assurance établit une distinction entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA), d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA), d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions. L'assurance de personnes est celle qui a pour objet une personne physique et où la prestation de l'assureur dépend généralement d'un événement qui atteint la personne de l'assuré, tel que maladie, accident, lésion corporelle, invalidité ou décès. L'assurance de personnes se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire: elle est une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre la maladie, a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (TF 5C.243/2006 du 19 avril 2007 c. 3). Dès lors, lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, il s'agit d'une assurance de sommes; lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (TF 4A_332/2010 du 22 février 2011 c. 5.2 et les références citées). Le Tribunal fédéral a considéré que, dans certains contrats d'assurance d'incapacité de gain à la suite d'un accident ou une maladie, le risque couvert est la perte de revenus, de façon analogue à une assurance de dommage, et non seulement l'incapacité de gain théorique; dans ce cas, un dommage concret doit être démontré sous la forme d'une perte de gain. Toutefois, une telle configuration résulte exclusivement de l'interprétation des conditions générales, qui dans cet arrêt précisaient que "l'incapacité de gain existe lorsque l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son métier ou une autre activité lucrative correspondant à sa position, ses connaissances et ses aptitudes et lorsque, dans le même temps, il subit un déficit dans ses revenus (Verdienstausfall) ou une perte d'argent équivalente (gleichwertigen Geldverlust)" (TF 5C.21/2007 du 20 avril 2007 c. 2 et 3.2). Ainsi, certaines conditions générales d'assurances stipulent une condition additionnelle à la seule incapacité de travail médico-théorique et d'autres non, ce qui peut conduire à des solutions différentes quant aux éléments à établir. Il convient donc d'interpréter, dans chaque espèce, la convention des parties. b) A défaut de règles spécifiques dans la LCA et celle-ci renvoyant, à son art. 100 al. 1, au Code des obligations (TF 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 c. 2.1; ATF 118 II 342 c. 1a, rés. in JT 1996 I 128; ATF 112 II 245 c. 1c, rés in JT 1987 I 614), l'interprétation du contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante est régie par les règles générales applicables aux contrats (TF 4A_332/2010 du 22 février 2011 et les références citées). Pour apprécier les clauses d'un contrat, le juge doit recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si les volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations et les

comportements des parties selon la théorie de la confiance (ATF 133 III 61 c. 2.2.1 rés. in JdT 2008 I 74, SJ 2007 I p. 217; TF 4A_180/2013 c. 2.2.1), en recherchant comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances (interprétation dite objective; ATF 135 III 295 c. 5.2, SJ 2009 I 396). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime. Pour trancher cette question de droit, il faut se fonder sur le contenu de la manifestation de volonté et sur les circonstances, qui relèvent du fait (ATF 132 III 268 c. 2.3.2, JdT 2006 I 568; ATF 131 III 606 c. 4.1, rés. in JdT 2006 I 126; ATF 130 III 417 précité c. 3.2). Le sens d'un texte, apparemment clair, n'est pas forcément déterminant, de sorte que l'interprétation purement littérale est prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît limpide à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les intéressés lorsqu'il n'existe aucune raison sérieuse de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 136 III 186 c. 3.2.1, SJ 2010 I 317). Subsidiairement, si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës, celles-ci sont à interpréter en défaveur de celui qui les a rédigées, en vertu de la règle " in dubio contra stipulatorem " (ATF 136 III 186 précité c. 3.2.; ATF 135 III 295 précité c. 5.2; ATF 133 III 61 précité c. 2.2.2.3; TF 4A_288/2013 du 8 octobre 2013 c. 2.2). c) En l'espèce, si les parties admettent que le contrat d'assurance litigieux est soumis à des conditions générales et à la LCA, elles ne s'accordent en revanche pas sur le type d'assurance convenue. Il convient ainsi de procéder à l'interprétation du contrat conclu dès lors qu'il n'y a pas de volonté commune établie. Il ressort des pièces figurant au dossier que la police d'assurance invalidité conclue le 30 novembre 1998 prévoyait une rente annuelle fixe de 75'000 fr. payable au trimestre échu en cas d'incapacité de gain du demandeur et renvoyait aux conditions générales 1.85.255/Ed. 6.1983 (R.1991) ainsi qu'aux conditions complémentaires 4005/Ed. 6.1983. Selon ces documents, dont il n'est pas contesté qu'ils font parties intégrantes du contrat en question, il y a incapacité de gain lorsque, par suite de maladie ou d'accident, sur la base de signes objectifs médicalement constatables, l'assuré est incapable d'exercer sa profession ou toute autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes et qu'il subit de ce fait simultanément une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent. En outre, il est précisé que les prestations sont ajustées dès modification du degré d'incapacité et, si le preneur d'assurance doit immédiatement aviser l'assurance de l'incapacité de gain de l'assuré, cette dernière peut demander des renseignements ou faire examiner l'assuré seulement si elle le juge nécessaire. En l'occurrence, afin de percevoir les prestations prévues, l'assuré doit ainsi prouver qu'il est en incapacité de gain, soit qu'il est hors d'état d'exercer une activité lucrative, et qu'il subit simultanément, du fait de l'incapacité, une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent. Interprétées au regard du principe de la confiance (art. 18 CO), la police et les conditions générales en cause ne peuvent être comprises que dans le sens que le risque couvert par le contrat est la perte de gain effective, subie en raison d'une incapacité de gain consécutive à une maladie ou un accident. En effet, tant l'interprétation littérale des clauses 3.1 des conditions générales et 1 des conditions générales complémentaires (« il y a incapacité de gain lorsque, par suite de maladie ou d'accident, sur la base de signes objectifs médicalement constatables, l'assuré est incapable d'exercer sa profession ou toute autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses

aptitudes et qu'il subit de ce fait simultanément une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent »), que l'interprétation de ces clauses au vu des autres clauses des conditions générales (9.2 : « toute modification du degré d'incapacité doit nous être annoncée immédiatement sous peine de la perte du droit aux prestations futures ou de remboursement de prestation que nous ne devons pas » ; 3.2 : « si l'assuré souffre d'une atteinte à la santé antérieure à la conclusion du contrat et que celle-ci affecte l'incapacité de gain dont il est atteint, la libération de l'obligation de payer les primes futures est proportionnelle au degré d'incapacité qui l'aurait frappé en l'absence de toute atteinte antérieure à la santé ») confirment que le droit aux prestations est subordonné à la double condition que l'assuré subisse une incapacité de travail et une perte d'argent équivalente, soit qu'il s'agit d'une assurance de dommage. En outre, le comportement ultérieur des parties corrobore cette interprétation, la défenderesse ayant réclamé à plusieurs reprises au demandeur ou à son employeur la preuve de sa perte de gain. Le demandeur devait donc établir, au degré requis et dans la mesure prévue par le contrat, son incapacité à exercer une activité lucrative et le fait qu'il existait une perte de gain consécutive. Il convient dès lors d'examiner si ces conditions sont remplies. d) aa) Aux termes de l'art. 33 LCA, 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. Le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence relative à la preuve de la survenance d'un cas d'assurance. Il a rappelé tout d'abord que, conformément à l'art. 8 CC (Code civile suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) et si la loi ne prévoit le contraire, il appartient à celui qui fait valoir une prétention de prouver les faits qu'il allègue pour en déduire son droit, alors que la preuve des faits de nature à empêcher, respectivement dénier ou restreindre le droit invoqué incombe à la partie qui prétend dénier le droit invoqué ou qui en conteste la naissance ou la pertinence. Ainsi, la personne titulaire de la prétention - preneur d'assurance, tiers assuré ou bénéficiaire - doit prouver les faits propres à justifier ses prétentions, soit notamment la survenance du cas assuré, ainsi que l'étendue de la prétention. L'assureur supporte la charge d'établir les faits de nature à justifier une diminution ou une suppression de l'obligation contractuelle (ATF 130 III 321 c. 3.1, JT 2005 I 618). S'agissant de la survenance d'un cas d'assurance, la jurisprudence considère que l'on se trouve en règle générale dans une situation d'état de nécessité justifiant une réduction à la vraisemblance prépondérante des exigences en matière de preuve. La vraisemblance prépondérante doit être distinguée de la simple vraisemblance, le degré de vraisemblance exigé n'étant pas le même. Un fait est déjà établi comme vraisemblable lorsque certains éléments parlent en faveur de son existence, même si le tribunal tient encore pour possible qu'il ne se soit pas produit. En revanche, les exigences requises pour que l'on retienne un cas de vraisemblance prépondérante sont plus élevées : la possibilité que les choses se soient déroulées différemment n'exclut certes pas la vraisemblance prépondérante, mais elle ne doit pas revêtir une importance significative en l'espèce, ni entrer raisonnablement en considération (ATF 130 III 321 précité c. 3.2 et 3.3, JT 2005 I 618). L'assureur a un droit - découlant de l'art. 8 CC - d'apporter une contre-preuve. L'objet de la contre-preuve réside dans les faits présentés par l'ayant droit chargé de la preuve principale et s'étend à la crédibilité de ceux-ci. L'assureur peut prétendre à démontrer des circonstances de nature à faire naître des doutes sérieux dans l'esprit du tribunal au sujet de la réalité des faits objets de la preuve principale, et qui soient ainsi aptes à faire échouer cette preuve, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme étant d'une vraisemblance supérieure. Si l'assureur y parvient, la preuve principale est mise en échec

(TF 5C.75/2005 du 11 mai 2005 c. 2.1; ATF 130 III 321 précité c. 3.4 et 3.5, JT 2005 I 618). bb) L'incapacité de travail est un élément de la définition de l'invalidité, selon l'art. 88 al. 1 LCA. Cette disposition est de droit dispositif, de sorte que les parties peuvent en cette matière fixer des règles contractuelles concernant la manière d'évaluer l'incapacité de travail (Carré, op. cit., ad art. 1 LCA, p. 94). Les conditions générales d'assurance fixent ainsi 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 sociales 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 ; à moins que le contrat n'en dispose autrement, on recourt à la notion d'invalidité médicale, dite également abstraite ou théorique (Brulhart, loc. cit. ; Carré, op. cit., ad art. 88 LCA, pp. 441 ss), qui doit être distinguée de l'invalidité économique (Brehm, L'assurance privée contre les accidents, 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). cc) Selon l'art. 243 CPC-VD, si le juge entend s'écarter des conclusions d'une expertise, il est tenu de donner dans son jugement les motifs de sa conviction. La jurisprudence du Tribunal fédéral est encore plus exigeante: lorsque le juge entend s'écarter du résultat d'une expertise, il doit non seulement motiver sa décision, mais encore il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert. Si les conclusions d'une expertise judiciaire paraissent douteuses au juge sur des points essentiels, il doit nécessairement recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes, au besoin en ordonnant un complément d'expertise ou une nouvelle expertise. En revanche, lorsque le juge estime une expertise concluante et en fait sien le résultat, il n'y a grief d'appréciation arbitraire, sanctionné par le Tribunal fédéral, que si l'expert n'a pas répondu aux questions posées, si ses conclusions sont contradictoires ou si, de quelque façon, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, que le juge ne pouvait tout simplement pas les ignorer (ATF 136 II 539 c. 4.2 ; ATF 133 II 384 c. 4.2.3 ; TF 5A_146/2011 du 7 juin 2011 c. 4.2.1 ; ATF 129 I 49 c. 4 ; Poudret et alii, Procédure civile vaudoise, n. 1 ad art. 243 CPC-VD ; Bosshard, L'appréciation de l'expertise judiciaire par le juge, in RSPC 2007 p. 321, spéc. pp. 324 ss et les références citées). dd) En l'occurrence, la police d'assurance litigieuse prévoit le versement d'une rente annuelle de 75'000 fr. après un délai d'attente de vingt-quatre mois. Il ressort de l'art. 3.3 des conditions générales 1.85.255/Ed. 6.1983 que la rente est servie entièrement si le degré d'incapacité de gain est de 66 2/3 %, qu'elle est servie en proportion du degré d'incapacité si le degré d'incapacité se situe entre 25 et 66 2/3 % et qu'aucune rente n'est servie si le degré d'incapacité est inférieur à 25%. Dès le jour de l'accident, soit dès le 17 septembre 1999 jusqu'au 31 janvier 2000, le demandeur a été en incapacité de travail de 100%. Du 1^{er} février au 8 octobre 2000, il l'a été à 75%; du 9 octobre 2000 au 20 octobre 2000 à 100%; du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2001 à 75%; du 2 avril au 1^{er} juillet 2001 à 100%, puis à 80%. Si le 4 décembre 2000, le Dr J.-P. Hungerbühler, ancien Chef de clinique et médecin adjoint au CHUV, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué qu'il n'y avait alors en principe pas d'incapacité de travail imputable à l'accident, cela n'a pas été l'avis des praticiens qui se sont occupés d'examiner le demandeur ultérieurement. En effet, le 24 février 2005, le Dr Peter König, spécialiste en psychiatrie et neurologie, a constaté que l'incapacité du demandeur d'exercer son métier était pratiquement de 100%, au mieux de 80%, ceci à la date du dernier examen datant du

10 avril 2003 – éléments repris par le jugement rendu le 4 octobre 2005 par le [...] de [...]. En outre, le 25 juillet 2003, l'assurance-invalidité de [...] a reconnu au demandeur le droit à une rente entière d'invalidité (degré de l'invalidité à 100%) depuis le 1^{er} octobre 2001, et le 6 août 2003, l'assurance-invalidité fédérale a reconnu au demandeur le droit à une rente entière (degré de l'invalidité fixé à 90%) depuis le 1^{er} septembre 2000. Le 26 février 2007, le Dr Nabih Daou, spécialiste FMH médecine interne – cardiologie, a indiqué que le taux d'incapacité de travail du demandeur était de 75% en début d'année 2001. Quant à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, elle a repris, dans son jugement du 24 septembre 2009 rendu à l'encontre de la société [...], les différents rapports d'expertise et avis médicaux produits au dossier ouvert devant elle et qui aboutissaient tous à la conclusion que le demandeur était incapable de travailler à un taux de plus de 25% dans le meilleur des cas depuis l'accident, soit que celui-ci a entraîné une incapacité de travail d'au moins 75%, voire 80% à 90% (plus précisément de 75% du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2001, de 100% du 2 avril au 1^{er} juillet 2001 et de 80% à compter du 2 juillet 2001 jusqu'au 16 septembre 2001). Quant à l'expertise médicale judiciaire, dont il n'existe aucun motif de s'écarter, elle mentionne que l'accident dont le demandeur a été victime a provoqué une incapacité de gain et que, si son état de santé s'est un peu amélioré au fil des mois et des années, le demandeur ne bénéficie pas d'une capacité de travail supérieure à 25%. La première condition posée, celle de l'incapacité de travail, est donc réalisée. S'agissant de la perte économique, l'expert comptable judiciaire affirme que l'atteinte à la santé subie par le demandeur a entraîné une perte de gain après l'accident en cause. Toutefois, il ne suffit pas d'établir qu'il y a eu une perte de gain ; encore faut-il en prouver l'étendue. De plus, l'étendue de la perte de gain subie par le demandeur doit être établie par rapport à la société [...], soit par rapport à ses revenus perçus au sein de cette entreprise, dès lors que c'est cet employeur qui a conclu l'assurance dont est litige ; le demandeur a du reste admis en plaidoirie que la perte de gain devait se rapporter à son activité pour cette société. Or, il ressort de l'instruction que [...] n'a pas répondu aux demandes de renseignements de la défenderesse. De même, le demandeur n'a pas fourni à l'expert comptable de données postérieures à 1998 pour cette société. En outre, seuls les revenus de [...] pour 1997 et 1998 ressortent de l'expertise, à l'exclusion des revenus du demandeur. L'expertise n'est donc d'aucun secours pour le demandeur, dès lors qu'elle ne contient aucune information sur l'élément déterminant. Le demandeur n'a rien allégué au sujet de ses revenus, que ce soit avant ou après l'accident, estimant être au bénéfice d'une assurance de somme. Il est vrai que l'art. 67 al. 2 LCA dispose que si l'une des parties refuse de participer à l'évaluation du dommage, ou si les parties ne peuvent pas s'entendre sur l'importance de celui-ci, l'évaluation doit, sauf convention contraire, être faite par des experts désignés par l'autorité judiciaire. En procédure ordinaire applicable devant la Cour civile, où prévaut la maxime de libre allégation, il appartient aux parties d'alléguer complètement les faits (Poudret et alii, op. cit., n. 1 ad art. 4 CPC-VD, p. 16) et le juge ne peut fonder son jugement sur d'autres faits que ceux qui ont été allégués dans l'instance et qui ont été établis au cours de l'instruction selon les formes légales (art. 4 al. 1 CPC-VD). Il en découle que l'art. 67 al. 2 LCA ne peut avoir pour conséquence que le juge instructeur de la Cour civile doive et puisse interroger l'expert en dehors de toute allégation. En outre, l'art. 42 al. 2 CO ne peut pas être appliqué (par l'art. 99 al. 3 CO), dès lors qu'on pouvait attendre du demandeur qu'il allègue et prouve les faits permettant de conclure à l'existence de son dommage et qui rendent possible son estimation (ATF 131 III 360; ATF 122 III 219), savoir en particulier qu'il allègue le montant de ses revenus. La preuve de l'étendue de la perte de gain du

demandeur au sein de [...] n'a donc pas été rapportée ; au demeurant, il est à relever que l'étendue de la perte de gain subie auprès d'autres entités n'a pas non plus été alléguée ni rapportée. La conclusion du demandeur relative au versement de la rente annuelle prévue par la police d'assurance litigieuse doit donc être rejetée. IX. a) Le demandeur prétend au remboursement du montant de 3'525 fr. avec intérêt à 5% l'an dès le 23 décembre 2003, qui correspondrait au paiement indû d'une prime à la défenderesse. b) En l'espèce, la police prévoyait la libération du service des primes de l'ensemble du contrat en cas d'incapacité de gain du demandeur, soit de la prime annuelle de 3'525 fr. payable la première fois le 1^{er} janvier 1999. La défenderesse a reconnu dite libération dès le 17 novembre 1999, soit après un délai de carence de deux mois. Elle a en revanche facturé au demandeur la prime pour la période du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000, par 3'525 fr., montant duquel elle a déduit le remboursement de 430 fr. 80 correspondant à la libération de prime pour la période du 17 novembre 1999 au 31 décembre 1999, soit 3'094 fr. 20. Le demandeur s'est acquitté de ce montant au mois de mars 2000 alors qu'il était libéré de l'obligation de payer les primes, le risque assuré étant réalisé. Toutefois, il ressort de l'état de fait que le demandeur a payé un montant de 3'094 fr. 20 et non de 3'525 francs. Par acte du 18 décembre 2003, la société [...] a cédé au demandeur la totalité de ses droits relatifs à la libération du service des primes prévues par la police d'assurance invalidité concernée. C'est donc un montant de 3'094 fr. 20 qui doit lui être remboursé avec intérêt à 5% l'an dès le lendemain de la notification de la demande à la défenderesse, soit dès le 25 décembre 2003. La conclusion du demandeur relative à ce remboursement doit donc être partiellement admise. X. a) Selon l'art. 92 al. 1 CPC, des dépens sont alloués à la partie qui obtient gain de cause. Ceux-ci comprennent principalement les frais de justice payés par la partie, les honoraires et les débours de son avocat (art. 91 litt. a et c CPC). Les frais de justice englobent l'émolument de justice, ainsi que les frais de mesures probatoires. Les honoraires d'avocat sont fixés selon le tarif des honoraires d'avocat dus à titre de dépens du 17 juin 1986 (RSV 177.11.3). Les débours ont trait au paiement d'une somme d'argent précise pour une opération déterminée. A l'issue d'un litige, le juge doit rechercher lequel des plaideurs gagne le procès et lui allouer une certaine somme en remboursement de ses frais, à la charge du plaideur perdant. Lorsqu'aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, le juge peut réduire les dépens ou les compenser (art. 92 al. 2 CPC). b) En l'espèce, obtenant presque entièrement gain de cause, la défenderesse R. _____ a droit à de pleins dépens, à la charge du demandeur X. _____, qu'il convient d'arrêter, au vu en particulier de la valeur litigieuse et de l'ensemble des opérations effectuées par le conseil de la défenderesse, à 62'934 fr. 60, savoir : a) 35'000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil; b) 1'750 fr. pour les débours de celui-ci; c) 26'184 fr. 60 en remboursement de son coupon de justice.

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