

C1 01 24

JUGEMENT DU 5 JUILLET 2002

COUR CIVILE II

Composition de la Cour : Jean-Pierre Derivaz, président; Françoise Balmer Fitoussi, Stéphane Spahr, juges; Geneviève Berclaz Coquoz, greffière.

dans la cause

X demandeur, représenté par M^e Henri Carron,
avocat à Monthey,

contre

Y **Compagnie d'assurances**, de siège social à Lausanne,
défenderesse, représentée par M^e Jean-Charles Bornet, avocat à Sion.

(contrat d'assurance; convention d'indemnisation)

PROCEDURE

Par mémoire du 19 décembre 1997, X a introduit action contre la Y Compagnie d'assurances (ci-après : Y), tendant au paiement d'un montant de 1'525'095 fr., avec intérêt à 5 % dès le 1^{er} janvier 1996 sur 169'095 fr., dès le 21 février 1996 sur 1'346'000 fr. et dès le 19 décembre 1997 sur 10'000 francs.

Dans sa réponse du 9 février 1998, la défenderesse a conclu au rejet de la demande.

Le 10 juin 1998, X a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, avec effet au 19 décembre 1997; M^e Henri Carron a été désigné en qualité d'avocat d'office de l'assisté.

Lors du débat préliminaire du 14 octobre 1998, les parties ont proposé leurs moyens de preuve. Outre l'édition et le dépôt de nombreuses pièces, l'audition de témoins et l'interrogatoire des parties, l'instruction a consisté en la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le 6 décembre 1999, le juge du district de Sierre a statué sur les exceptions des parties relatives à l'admissibilité de questions à l'intention de l'expert et d'un témoin.

Désigné en qualité d'expert, le D^r J , chef de clinique à la Polyclinique de neurologie des hôpitaux universitaires de Genève, a déposé son rapport le 9 juin 2000. Les 25 septembre, 6 et 12 décembre 2000, il a versé en cause des rapports complémentaires.

Le 19 octobre 2000, la défenderesse, se référant aux rapports des 9 juin et 25 septembre 2000, a modifié ses conclusions et reconnu devoir au demandeur le montant de 122'125 francs.

L'instruction close, le juge du district de Sierre a transmis les actes de la cause au Tribunal cantonal, le 1^{er} février 2001.

Le 21 mai 2002, X , "à la suite de l'expertise médicale administrée en procédure et des paiements de la Vaudoise qui s'en sont suivis", a réduit ses prétentions, en capital et intérêts, au montant de 384'486 fr., "valeur au 23 mai 2002".

Sur requête des parties, la Cour a accepté le dépôt de mémoires-conclusions en lieu et place du débat final. Le 23 mai 2002, X , après les avoir motivées, a libellé ses conclusions comme suit :

- "1. La Y Assurances paiera à X les montants suivants :
- 136'000 fr. avec intérêts à 5 % dès le 4 décembre 1993
 - 60'940 fr. avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} septembre 1994
 - 22'133 fr. avec intérêts à 5 % dès le 23 novembre 2000
 - 39'180 fr. avec intérêts à 5 % dès le 4 juin 1995
 - 13'833 fr. avec intérêts à 5 % dès le 23 novembre 2000
 - 1812 fr. avec intérêts à 5 % dès le 23 mai 2002
 - 10'000 fr. avec intérêts à 5 % du 19 décembre 1997
2. Les frais et dépens sont mis à la charge de la défenderesse."

La Y , au terme de son mémoire-conclusions du 23 mai 2002, a pris les conclusions suivantes :

- "1. La Y accepte de payer à X les montants suivants :
- intérêts sur capital invalidité accident du 4 décembre 1993 (6100) de 64'000 fr. du 1^{er} avril 1994 au 30 novembre 2000, soit 21'334 francs.
 - intérêts sur capital invalidité accident du 4 décembre 1993 (7101) sur 40'000 fr. du 1^{er} décembre 1998 au 30 novembre 2000, soit 4000 francs.
 - l'intérêt à 5 % sur indemnités journalières de 18'125 fr. du 4 juin 1996 au 17 novembre 2000, soit 4040 francs.
2. Toutes les autres conclusions sont rejetées.
3. Les frais de procédure et de jugement sont mis à charge de X
4. X payera à la Vaudoise l'indemnité de dépens que fixera le Tribunal conformément au décompte."

SUR QUOI LE TRIBUNAL CANTONAL

I. Statuant en faits

1. a) X est né en 1948. Au terme de sa scolarité obligatoire, il a entrepris un apprentissage de décorateur d'intérieur au terme duquel il a

obtenu le certificat fédéral de capacité. Dès 1969, il a exploité sa propre entreprise, à Saxon, comprenant un atelier, un lieu d'exposition et un bureau. De 1973 à 1976, X a suivi une formation préparatoire à la maîtrise, à Lausanne. Au mois de juillet 1976, le diplôme de maître décorateur d'intérieur lui a été délivré.

En sus de son activité professionnelle, le demandeur a exercé de nombreuses occupations accessoires. De l'automne 1976 à 1990, il a, à temps partiel, enseigné les travaux manuels au cycle d'orientation de Martigny. Dans l'intervalle, en 1985, X a obtenu le diplôme de maître de travaux manuels au terme d'une formation de 55 semaines. Il a fonctionné comme expert, puis chef expert, aux examens de fin d'apprentissage de l'école professionnelle de Martigny. X a, en outre, présidé l'association valaisanne des maîtres décorateurs d'intérieur, la société de développement de Saxon, la commission communale d'apprentissage de Saxon. Il a siégé comme membre du comité cantonal de l'union valaisanne des arts et métiers, du comité central de l'association suisse des maisons d'aménagements intérieurs et des selliers, du conseil de l'office régional du tourisme de Martigny, du comité exécutif cantonal de l'union des indépendants, du conseil d'administration du cycle d'orientation de Martigny et de l'hôpital de Martigny.

X a également déployé une activité intense dans le domaine musical en tant que trompettiste dans les orchestres de |

En 1991, l'entreprise de | s'est agrandie. En sus de son atelier d'architecture intérieure, le demandeur a pris à bail des locaux commerciaux pour exploiter, dans le centre commercial M , à Martigny, une boutique de décoration, d'ameublement et d'accessoires d'aménagement.

b) Le 2 avril 1977, X a été victime d'un accident de la circulation dans une "collision en chaîne". Il a subi une lésion de type "whiplash", qui a provoqué une incapacité de travail à 100 % du 3 avril au 24 avril 1977, à 50 % du 25 avril au 21 août 1977 et à 25 % du 22 août 1977 au 2 avril 1979. Dans un rapport du 29 décembre 1978, le D^r N exposait que les séquelles de "whiplash" ont causé "une dépression nerveuse, des phénomènes de contractures musculaires qui s'aggravent, qui rendent le malade angoissé et de ce fait agressif".

Le 11 mai 1984, le demandeur a subi une nouvelle lésion de type "whiplash" par distorsion de la colonne cervicale à la suite d'une collision frontale avec un véhicule à l'arrêt. Il a été en incapacité de travail totale du 12 au 16 mai 1984, puis partielle du 17 mai au 17 juin 1984 (50 %) et du 18 juin 1984 au 15 mars 1985 (25 %). Le 18 mars 1985, le D^r B soulignait que X présentait "une tendance à un état dépressif larvé, qui pourrait être la conséquence des douleurs et des soucis que lui cause son état physique pour l'accomplissement de son travail professionnel".

c) Le 19 février 1992, X se trouvait sur un chantier à Sion, occupé à la lecture d'un plan à genoux. Il s'est levé brusquement et a heurté violemment de la tête une dalle en béton, située à 1 m 70 du sol. Le demandeur a perdu connaissance pendant une durée indéterminée; des collègues l'ont amené à son domicile. Son médecin traitant lui a ordonné du repos. Quelques jours plus tard, X a été hospitalisé à Martigny en raison de nausées, de céphalées et de douleurs cervicales. Par la suite, il a été transféré à la Rheumaklinik, à Loèche-les-Bains, pour poursuivre son traitement, ainsi qu'une physiothérapie, sans effet sur ses douleurs. X a développé un état dépressif sévère qui s'est amélioré à la suite du séjour à Loèche-les-Bains, puis s'est aggravé au point de nécessiter, au mois de décembre 1992, une hospitalisation à Martigny avec un traitement antidépresseur par voie intraveineuse. Du 12 au 31 janvier 1993, X a séjourné au centre valaisan de pneumologie, à Montana.

Le demandeur a consulté de nombreux médecins. Grâce à une physiothérapie intensive avec le port d'une minerve rigide durant 12 mois, ordonné par le D^r S, et, simultanément, à une prise en charge psychiatrique par le D^r B, l'état physique et psychique de X s'est amélioré. Son médecin traitant, le D^r E, a alors proposé, en novembre 1993, une reprise de son activité professionnelle à 25 %, que X a acceptée.

d) Le 4 décembre 1993, X se rendait auprès d'un client au volant de son véhicule automobile. Alors qu'il était à l'arrêt devant des feux, le véhicule de X a été heurté à l'arrière par un autre véhicule. Le demandeur a subi une nouvelle entorse cervicale. Il n'a pu s'extraire de lui-même du véhicule. Admis au CHUV, X s'est plaint, d'emblée, de fortes céphalées occipito-frontales ainsi que de cervico-dorsalgies. Cet accident a occasionné une recrudescence des douleurs et

une aggravation de son état psychique. Le D^r S a suivi X jusqu'au 11 mai 1995. Il a estimé son incapacité de travail à 100 % du 20 décembre 1993 au 1^{er} mars 1994, puis à 50 % du 2 mars au 1^{er} avril 1994. Au mois de mai 1995, le D^r S considérait X "apte au travail à 50 %", mais il n'avait pas connaissance de ses déficits neuropsychologiques. Par la suite, le demandeur a consulté régulièrement le D^r D Ce généraliste relevait, le 26 septembre 1996, qu'un traitement médical s'avérait nécessaire. Le 19 octobre 1998, il confirmait que X avait besoin d'un soutien psychologique et d'un suivi médical d'une durée indéterminée; son état de santé était, en effet, stationnaire.

e) A la suite de l'accident du 19 février 1992, X a abandonné ses activités professionnelles et renoncé à ses occupations accessoires. Le 5 juillet 1993, le juge du district de Martigny a prononcé la faillite de l'intéressé. A la faveur de l'amélioration déjà évoquée de sa symptomatologie, le demandeur a repris une activité professionnelle réduite au mois de novembre 1993, qu'il n'a pu poursuivre en raison de l'accident du 4 décembre 1993.

f) Le 1^{er} mai 1993, X a déposé une demande de prestations AI en indiquant, comme cause de l'incapacité de travail, l'accident du 19 février 1992. Mandaté comme expert, le 22 février 1994, le centre médical d'observation de l'assurance invalidité (COMAI), à Lausanne, a, le 25 octobre 1994, établi un rapport d'expertise. Les experts, les D^{rs} M et O, ont arrêté à 100 % le taux d'incapacité de travail faisant suite au traumatisme du 19 février 1992. Ils ont rappelé que X aurait pu reprendre une activité de l'ordre de 25 % dès le mois de novembre 1993. Cependant, les conséquences tant somatiques que psychiatriques de l'accident du 4 décembre 1993 avaient entraîné, à nouveau, une incapacité de travail complète. Bien que l'évolution de la capacité de travail était difficile à évaluer, les experts estimaient que celle-ci était susceptible d'amélioration, moyennant l'introduction de mesures thérapeutiques et professionnelles qu'ils décrivaient. Le 23 janvier 1995, la caisse de compensation, se fondant sur un degré d'invalidité de 100 %, a mis X au bénéfice d'une rente, avec effet au 1^{er} février 1993.

A la suite de nouvelles investigations médicales, le droit à la rente a été confirmé par l'office cantonal AI dans le cadre d'une procédure de révision, le 26 novembre 1996, puis le 6 novembre 1998.

2. a) Depuis de nombreuses années, X est assuré par la Y pour les risques accidents et ceux liés à l'emploi d'un véhicule à moteur. Il a, en particulier, souscrit deux polices, une assurance "accidents famille" – n° XXXX (ci-après : XXX) – et une assurance "pour les véhicules automobiles" – n° YYYY (ci-après : YYYY) –.

aa) La première, conclue le 26 août 1987, prévoit, notamment, une allocation journalière en cas d'hospitalisation de 60 fr., une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail de 60 fr. dès le 16^{ème} jour et de 80 fr. dès le 61^{ème} jour, ainsi qu'une somme d'assurance en cas d'invalidité permanente totale (variante B : invalidité progressive), de 160'000 francs. Ce contrat est soumis aux conditions générales, édition juin 1985 (CGA 1985). A teneur de l'article 7 al. 1 CGA 1985, en cas d'incapacité temporaire totale de travail, la Compagnie verse pour chaque jour de l'année l'indemnité journalière convenue, pendant la durée du traitement médical nécessaire. Cette indemnité est due aussi longtemps que l'assuré n'a pas ou n'aurait pas droit aux prestations prévues en cas d'invalidité permanente au sens de l'article 6 CGA, mais au maximum pendant 5 ans à compter du jour de l'accident. L'article 6 let. a al. 1 CGA 1985 prévoit que si un accident provoque, dans un délai de 5 ans à compter du jour de sa survenance, une invalidité présumée définitive, la Compagnie paie le capital invalidité qui est déterminé par le degré d'invalidité, par la somme d'assurance convenue et par la variante de prestations choisie. Il est sans importance qu'il en résulte ou non une perte de gain. Le degré d'invalidité est fixé en pour cent par rapport à la perte totale ou partielle ou l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle de membres, de parties ou de fonctions du corps (art. 6 let. b al. 1 et 2 CGA 1985). En cas de perte ou d'incapacité simultanée de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité est établi par addition des divers taux; le degré d'invalidité ne peut cependant jamais excéder 100 % (art. 6 let. b al. 3 CGA 1985). Pour les cas non mentionnés, le taux d'invalidité est déterminé sur la base de constatations médicales, par analogie aux pourcentages selon l'alinéa 1^{er} (art. 6 let. b al. 5 CGA 1985). L'article 6 let. c al. 2 CGA 1985 spécifie que, jusqu'à 25 % d'invalidité, l'assuré a droit au pourcentage du capital assuré correspondant au degré d'invalidité reconnu. Les prestations deviennent exigibles dès que l'invalidité présumée permanente a été fixée (art. 6 let. e CGA 1985).

Le contrat d'assurance "accidents famille", renouvelé le 13 août 1992, est soumis aux CGA, édition de juillet 1991 (CGA 1991). L'article 7 al. 1 CGA 1991 fait

référence à la durée d'incapacité de travail attestée par le médecin en lieu et place de la durée du traitement médical nécessaire. Les CGA 1991 prévoient des dispositions analogues à celles de 1985 s'agissant de l'indépendance du taux d'invalidité par rapport à l'incapacité de gain (art. 6 let. b al. 1), de la détermination du taux d'invalidité (art. 6 let. b al. 1 et 2), du calcul de l'invalidité en cas de perte ou d'incapacité simultanée de plusieurs parties du corps (art. 6 let. b al. 3) et de l'exigibilité des prestations (art. 6 let. e CGA). Selon l'article 6 let. b al. 4 CGA 1991, lorsque des parties du corps atteintes par l'accident avaient déjà auparavant perdu partiellement leur intégrité ou leur fonction, le degré d'invalidité préexistant sera déduit de celui constaté après l'accident. Pour les cas non mentionnés, le taux d'invalidité est déterminé sur la base de constatations médicales, établies en fonction des dispositions figurant à l'annexe 3 (évaluation des atteintes à l'intégrité) de l'OLAA (art. 6 let. b al. 5 CGA 1991).

bb) La deuxième police, conclue le 18 septembre 1992, couvre les risques responsabilité civile et accidents liés à l'emploi du véhicule automobile, de marque et type Jaguar XJS immatriculée VS 00000 ; cette police prévoit, en particulier, qu'en cas d'accident, le conducteur a droit à une allocation journalière de 50 fr. dès le 1^{er} jour et, en cas d'invalidité permanente totale (invalidité progressive), à un capital de 200'000 francs. Le contrat d'assurance est soumis aux CGA, édition juillet 1992 (CGA 1992). L'allocation journalière est versée pour chaque jour de l'année pendant la durée du traitement médical nécessaire, mais au maximum pendant 5 ans à compter du jour de l'accident (art. 42 al. 1 CGA 1992). Si l'accident provoque, dans un délai de 5 ans à compter de sa survenance, une invalidité présumée définitive, la Compagnie paie le capital invalidité qui est déterminé par le degré d'invalidité, par la somme d'assurance convenue et par le mode de calcul prévu à l'article 41 al. 9 CGA (art. 41 al. 1 CGA 1992). Le taux d'invalidité est fixé en pour cent par rapport à la perte ou à l'incapacité fonctionnelle, totale ou partielle, des différents membres, parties ou fonctions du corps (art. 41 al. 2 et 3 CGA 1992). En cas de perte ou d'incapacité simultanée de plusieurs parties du corps, le degré est établi par addition des divers taux, mais il ne peut excéder 100 % (art. 41 al. 4 CGA 1992). Lorsque des parties du corps atteintes par l'accident avaient déjà auparavant perdu partiellement leur intégrité ou leur fonction, le degré d'invalidité préexistant sera déduit de celui constaté après l'accident (art. 41 al. 5 CGA 1992). Par ailleurs, dans les cas non mentionnés, le degré d'invalidité sera déterminé sur la base de constatations médicales, par analogie aux pourcentages mentionnés à l'article 41 al. 2 CGA (art. 41 al. 6 CGA 1992). Les prestations dues deviennent

exigibles dès que l'invalidité présumée définitive a été fixée et que le versement d'une éventuelle indemnité journalière a cessé (art. 41 al. 8 CGA 1992).

b) X a régulièrement annoncé les accidents de 1992 et de 1993 comme sinistres à la Y . Les certificats médicaux, précisant les périodes et les taux d'incapacité de travail, et/ou les durées d'hospitalisation lui ont également été signifiés.

c) A la suite de l'accident du 19 février 1992, la Y a procédé à de nombreuses investigations. Elle a interpellé, à plusieurs reprises, le D^r S , en particulier, sur l'origine des troubles constatés et sur leur relation de causalité avec le sinistre. Le 20 avril 1993, la Y a mandaté le D^r G de la clinique Schultess, à Zurich, comme expert médical. Le 25 août 1993, celui-ci a déposé un rapport en soulignant, notamment, que X présentait des troubles psychiques et physiques. Le D^r G a, par la suite, consulté le D^r D . Le 25 octobre 1993, il a complété son rapport; il a, en particulier, considéré que X devait être en mesure de produire une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et proposé une indemnisation pour perte de l'intégrité corporelle, notamment en raison du syndrome cervical, de 15 %.

Le 4 novembre 1993, la Y a signifié au conseil de X , M^e P , l'expertise du D^r G . Le 15 novembre 1993, se référant à ce rapport d'expertise, la défenderesse estimait que l'état de santé de X , consécutif à l'accident du 19 février 1992, s'était stabilisé. Elle entendait cesser le versement des indemnités journalières au 14 novembre 1993. Elle arrêta le taux d'incapacité de travail à 100 % de la date du sinistre au 25 août 1993 et à 50 % du 26 août au 14 novembre 1993. Se fondant sur l'opinion du D^r G , elle retenait un taux d'invalidité permanente de 15 % donnant droit à un capital de 24'000 fr. (15 % de 160'000 fr.). La compagnie d'assurances invitait X à accepter une offre fondée sur ces données.

Le 8 décembre 1993, X a contesté les conclusions de la Y . Il a qualifié la proposition de prématurée "alors qu'il n'est pas encore possible de déterminer de façon précise le taux d'invalidité, l'état du patient pouvant changer". Le demandeur estimait "inadmissible" de ne pas avoir interpellé le D^r S sur le taux de capacité de travail. Il soulignait qu'en prétendant "vouloir verser un montant définitif", la

compagnie d'assurances bénéficiait d'une "économie certaine", mais qui n'était pas conforme aux conditions d'assurance. X indiquait que le taux d'incapacité reconnu par le D^f S devait prévaloir sur celui du D^f G. Le 10 décembre 1993, la Y, se référant à l'article 42 LCA, résiliait le contrat d'assurance. Le 20 décembre suivant, X contestait la résiliation en rappelant qu'il n'avait pas accepté l'offre, "pour solde de comptes", d'une indemnité de 24'000 francs. Le 17 janvier 1994, la défenderesse annulait la résiliation.

Dans l'intervalle, le 27 décembre 1993, la Y invitait le D^f S à répondre à différentes questions portant sur l'état de santé du demandeur; le 7 février 1994, elle lui remettait une copie du rapport du D^f G. Après avoir pris connaissance des réponses du D^f S la défenderesse a, le 24 février 1994, confirmé son offre du 15 novembre 1993 en considérant que le traitement médical prodigué par le D^f S n'était pas de nature à améliorer l'état de santé de X; il s'agissait, de l'avis du médecin-conseil de la compagnie d'assurances, "simplement d'un traitement d'entretien". Le 5 mars 1994, X contestait la position de la Y. Le 11 avril 1994, le D^f S, dans un courrier signifié à celle-ci, estimait que les conclusions de l'expertise, dont le D^f D est "reconnu comme un spécialiste dans le domaine", n'allaient pas à l'encontre de son analyse. Il soulignait qu'il n'y avait pas "de guérison tant que le patient n'a pas pu reprendre son activité professionnelle". Le 25 avril 1994, la Y déclarait au conseil de X qu'elle ne considérait pas celui-ci guéri. En revanche, son état s'était stabilisé. Un traitement médical n'était pas nécessaire parce que l'on ne pouvait escompter de celui-ci une amélioration sensible et durable de l'état de santé de X; à défaut, le D^f G aurait estimé qu'il était "encore trop tôt pour se prononcer sur l'éventuel dommage permanent". Dans ces circonstances, conformément aux CGA, X avait droit aux prestations prévues en cas d'invalidité permanente. Le 27 avril 1994, X relevait que la "mauvaise foi" de la Y "dépasse vraiment les limites de l'admissible". Quelques jours plus tard, il invitait le D^f S à se déterminer sur l'écriture de la Y "afin que, une fois pour toutes, on soit au clair sur l'évolution probable future de l'état de santé". Le D^f S répondait, le 13 mai 1994, que l'assurance invalidité ne s'était pas encore prononcée; il ne voyait pas dès lors sur quelle base la Y se plaçait pour définir une invalidité partielle définitive. En outre, le médecin traitant de X s'étonnait que l'on puisse "déterminer une invalidité partielle définitive avant d'avoir essayé de définir quelles sont les capacités réelles de gain de l'assuré".

Le 14 juin 1994, X et son conseil, M^e P, d'une part, la Y d'autre part, ont signé une convention d'indemnisation en vertu de laquelle le capital invalidité était arrêté à 24'000 fr. et le solde des indemnités journalières à 3240 francs. Lors des discussions qui ont précédé la signature de la convention, la Y a, sur demande de X, accepté de porter le taux d'invalidité, entre le 26 août et le 14 novembre 1993, de 50 % à 100 %. Le demandeur, pour formuler cette exigence, se fondait sur les documents remis par le D^r S. La somme des allocations journalières versées à la suite de l'accident du 19 février 1992 s'est ainsi élevée à 48'620 francs.

Le 7 juin 1995, X indiquait à la Y que le COMAI avait effectué des "études médicales très approfondies", de nature à établir que l'expertise du D^r G n'était pas fiable. En sus de l'examen du dommage permanent relatif à "l'accumulation des lésions en rapport avec le deuxième accident", la compagnie d'assurances devait dès lors procéder à "une juste réadaptation du premier versement en fonction des renseignements médicaux réels et définitifs par rapport aux handicaps dûment constatés par l'AI". Le demandeur invitait la défenderesse à lui "faire une proposition de règlement à l'amiable qui tienne véritablement compte de la réalité des faits médicaux". Le 21 juin 1995, la Y répondait que les suites de l'accident du 19 février 1992 avaient fait l'objet d'un règlement définitif à la suite de la signature de la convention du 14 juin 1994. Le 28 juin 1995, X spécifiait que la Y "avait forcé son dossier" en lui offrant le montant de 24'000 fr. "sachant qu'il était sans ressource". Se référant, notamment, à l'expertise du COMAI, X considérait que l'indemnité de 24'000 fr. était hors "de tous liens de proportionnalité avec les faits objectivés médicalement". Après avoir qualifié la position de la Y d'inadmissible, il manifestait la volonté de se "représenter s'il le faut en expertise pour qu'il soit clairement déterminé le taux réel du dommage permanent du 1^{er} accident et celui du deuxième".

Lors de son interrogatoire, X a, en substance, exposé qu'il n'avait pas accepté l'offre du 15 novembre 1993 et "résisté" jusqu'au mois de juin 1994. Dans l'intervalle, il avait été victime d'un nouvel accident le 4 décembre 1993. Son état s'était péjoré sur les plans physiques et psychiques. Ses espoirs de reprendre le métier qu'il aimait et ses contacts avec la société en général et l'économie en particulier étaient réduits à néant. Dans ces circonstances, il avait "capitulé"; on lui "aurait fait signer n'importe quoi". De surcroît, le demandeur a souligné qu'il était alors confronté à des

difficultés économiques. Il percevait cependant une rente de 6000 fr. par mois couvrant sa perte de gain, versée par la Z .

d) La Y a payé, à raison de l'accident du 4 décembre 1993, des allocations journalières à concurrence de 4900 fr. sur la base de la police n° 6100 et de 4375 fr. sur la base de la police n° YYYY. Elle s'est fondée sur les incapacités de travail attestées par le D^r S .

3. a) Selon l'expert, au moment de l'accident du 19 février 1992, X disposait d'une pleine capacité de travail. Il n'était affecté d'aucune invalidité médico-théorique. Lors de l'accident du 4 décembre 1993, il présentait une amélioration de son état physique et psychique. L'amélioration partielle des symptômes pouvait laisser prévoir une récupération de la capacité de travail plus importante que 25 %. La capacité n'aurait cependant pas excédé 50 % au vu de la persistance des symptômes douloureux malgré une physiothérapie intensive, des troubles neuropsychologiques, certainement déjà présents avant l'accident de 1993, et de l'état dépressif. De l'avis du D^r J . l'invalidité médico-théorique de X consécutive aux accidents des 19 février 1992 et 4 décembre 1993 est de l'ordre de 65 à 70 %. Il semble très peu probable qu'un traitement médical soit encore susceptible d'améliorer de manière significative la situation après huit ans d'évolution, alors que l'état physique et psychique est stationnaire. Il est vraisemblable, dans ces circonstances, que l'invalidité permanente demeure.

De l'avis de l'expert, X présente une incapacité de travail à 100 %, due aux accidents du 19 février 1992 et du 4 décembre 1993. L'atteinte crânienne a engendré une commotion cérébrale transitoire, puis a été responsable d'une part de céphalées post-traumatiques avec un caractère de migraines post-traumatiques ainsi que des troubles neuropsychologiques. L'atteinte cervicale a entraîné une instabilité ligamentaire sur déchirure du ligament alaire à l'origine de douleurs cervicales chroniques avec limitation de la mobilité du rachis cervical dans le plan flexion-extension et rotation. Ce syndrome cervical participe également aux céphalées et aux troubles neuropsychologiques tels qu'on les rencontre habituellement dans les syndromes du "coup du lapin". X a présenté un état dépressif réactionnel survenu dans le contexte de douleurs chroniques.

Selon le D^r J , les lésions constatées sont certainement dues à l'accident du 19 février 1992. Le traumatisme de décembre 1993 n'a pas entraîné de nouvelle symptomatologie; en revanche, il a aggravé les symptômes préexistants. Le traitement médical prodigué à la suite de l'accident du 19 février 1992 n'était très probablement plus susceptible d'apporter une amélioration significative des symptômes à compter de l'accident de décembre 1993. Avant celui-ci, le traitement médical s'était avéré bénéfique, ne serait-ce que partiellement.

X présente un état dépressif important constitutif d'une invalidité médico-théorique. Il se caractérise par un important sentiment de dévalorisation, de manque de confiance et de perte non résolue (de sa profession). A cela s'ajoutent des épisodes d'anxiété avec "flash-back, souvenirs envahissants, tension interne continue et conduite d'évitement". Hormis les deux accidents survenus en février 1992 et en décembre 1993, il n'y a pas d'autre facteur causal à l'état dépressif de X. L'accident du 19 février 1992 est, en particulier, à l'origine de l'état dépressif sévère qui s'est amélioré transitoirement grâce à une prise en charge psycho-pharmacologique. A la suite de l'accident du 4 décembre 1993, l'état dépressif s'est, à nouveau, aggravé et a persisté depuis lors sans véritable amélioration significative.

Dans son rapport complémentaire du 25 septembre 2000, l'expert a spécifié que l'accident de décembre 1993 a entraîné une nouvelle décompensation d'une instabilité cervicale qui était sans doute très précaire en 1993. Il a répété que la grande partie des troubles présentés par le patient résultait de l'accident de février 1992. Celui de 1993 n'a fait qu'exacerber les mêmes troubles qui venaient à peine de s'améliorer après un traitement intensif de port d'une minerve rigide pendant 12 mois. L'accident du 19 février 1992 a entraîné une invalidité de l'ordre de 50 %; l'accident de 1993 a augmenté de 20 % l'invalidité anatomique.

Le 12 décembre 2000, le D^r J a, notamment, rappelé que l'incapacité de travail actuelle de X était de 100 %, dont 50 % consécutive à l'accident de février 1992 et 50 %, liée aux conséquences de l'accident de décembre 1993.

b) Le 17 novembre 2000, la Y , après avoir pris connaissance de l'expertise, a versé à X les montants suivants :

- 40'000 fr. à titre d'indemnité pour invalidité concernant l'accident de 1993 sur la base de la police n° YYYY;

- 18'125 fr. à titre d'indemnités pour incapacité de travail concernant l'accident de 1993 sur la base de la police n° YYYY, soit 1800 jours à 12 fr. 50, sous déduction du montant de 4375 fr. déjà versé;
- 64'000 fr. pour invalidité concernant l'accident de 1993 sur la base de la police n° XXXX.

Se référant, en particulier, à l'expertise, X a réduit ses prétentions, le 21 mai 2002.

c) La Cour, à l'instar des parties, fait sienne l'appréciation de l'expert, basée sur une étude attentive du dossier, comprenant une anamnèse complète des faits médicaux déterminants, une discussion détaillée de la problématique médicale rencontrée par X exempte de contradiction et des conclusions convaincantes. X, au bénéfice d'une formation de décorateur d'intérieur, a énormément investi dans sa profession et assumé, parallèlement à son activité d'indépendant, un poste d'enseignant et de nombreuses occupations accessoires. Dans ces circonstances, l'accident du 19 février 1992 était de nature à causer, en particulier, un état dépressif important, aggravé par l'accident du 4 décembre 1993. Ainsi qu'il l'a déclaré, ses "espoirs de reprendre le métier" qu'il aimait et ses "contacts avec la société en général et l'économie en particulier étaient réduits à néant par ce dernier accident". Il n'y a, par ailleurs, pas lieu de s'écarter des taux d'invalidité, arrêtés par l'expert, consécutifs à chacun des accidents.

II. Considérant en droit

4. Introduite avant l'entrée en vigueur du nouveau code de procédure civile, la présente cause est soumise aux règles de l'ancien droit de procédure (cf. art. 317 al. 1 CPC).

Déterminée par les dernières conclusions de la demande, la valeur litigieuse s'élève à 283'898 francs. Elle fonde la compétence de la Cour de céans pour juger la présente affaire en première et unique instance cantonale (cf. art. 5a CPC et 46 OJ).

5. La Y considère que les prétentions de X à raison de l'accident du 19 février 1992 ont été liquidées par la convention d'indemnisation du 14 juin 1994. Le demandeur fait valoir, principalement, que cette convention n'a pas la portée que lui prête la défenderesse et, subsidiairement, s'il fallait l'interpréter comme

une transaction pour solde de comptes, que, le 7 juin 1995, il l'a invalidée pour lésion et vices de consentement. C'est dire qu'il convient d'examiner, en premier lieu, les effets de cette convention.

a) Lorsque l'accident a pour conséquence une invalidité présumée permanente, l'assureur verse un capital déterminé en fonction du degré d'invalidité et de la somme convenue à ce titre dans la police. 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 de travail théorique et abstraite, établie pour la moyenne des cas, indépendante de la profession de l'assuré et des circonstances du cas concret (RBA XIX n° 75; XVIII n° 45; XVII n° 55). Selon la variante convenue, le pourcentage est égal au taux d'invalidité ou lui est supérieur (Brehm, L'assurance privée contre les accidents, 2001, n° 434). L'article 88 LCA impose à l'assureur de verser la prestation assurée lorsque l'accident a causé à l'assuré une diminution probablement permanente de sa capacité de travail. Le capital doit ainsi être calculé et payé dès que les conséquences probablement permanentes de l'accident ont été définitivement constatées (Brehm, op. cit., n° 442).

La loi ne fixe pas la procédure de détermination de l'invalidité. Ce sont les médecins qui devront se prononcer sur la question de savoir quand les conséquences d'une atteinte à l'intégrité corporelle sont supposées s'être stabilisées. D'une manière générale, l'assureur mandate l'expert médical, dont il transmettra le rapport à l'assuré (Brehm, op. cit., n° 446 ss). Toute estimation d'une invalidité contient deux sources principales d'erreur: l'erreur de diagnostic et l'erreur de pronostic. L'erreur de l'expert peut porter sur l'état actuel du patient, notamment sur la question de savoir si la consolidation est déjà atteinte ou non ou sur le taux actuel de l'invalidité. Si l'une des parties conteste les conclusions de l'expert sur ce point, elle devra recourir à une contre-expertise et si, à réception de celle-ci les parties ne peuvent pas s'entendre, le juge devra trancher. Par ailleurs, lorsque l'expert doit déterminer l'invalidité "probable", il est confronté à des conjectures, certes basées sur son expérience et ses connaissances professionnelles, mais il n'est pas à l'abri de surprises, car une évolution durant les trois ou quatre décennies à venir est parfois impossible à prévoir avec la marge de sécurité désirable (Brehm, op. cit., n° 474 ss). Si les parties transigent sur la base d'une expertise erronée, elles acceptent le risque d'erreur inhérent à tout pronostic

(Roelli/Jäger, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Dritter Band, 1933, n° 74 ad art. 87/88 LCA). Dès lors, une action en invalidation de la transaction passée sur la base de l'expertise, fondée sur l'erreur, n'est plus possible, les deux parties ayant assumé ce risque d'erreur lors de la conclusion de ladite transaction (Brehm, op. cit., n° 476; cf. ég. RSA 1996 p. 269). En effet, une contestation ultérieure pour cause d'erreur sur les points contestés et incertains au moment de la conclusion, est exclue lorsque ceux-ci sont avérés plus tard; à défaut, on remettrait en cause précisément les questions qui avaient déterminé les intéressés à transiger (ATF 54 II 188 consid. 2; Schmidlin, Commentaire bernois, n. 359 ad art. 23/24 CO). En revanche, la transaction sur le montant de l'indemnité et la délivrance à l'assureur d'une quittance définitive ne font pas obstacle à ce que l'assuré actionne l'assureur à raison des conséquences de l'accident qui se manifestent ultérieurement, si, lors de la transaction, l'assuré ne pouvait pas prévoir ces conséquences (Brehm, op. cit., n° 478; cf. Viret, L'erreur essentielle dans le contrat d'assurance, in RSA 1962/1963 p. 334 ss).

b) La convention d'indemnisation a le caractère d'une transaction, d'un compromis (RBA XIX n° 85, et réf. cit.; Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2000, p. 46 ss). Son interprétation obéit aux mêmes règles que celles qui gouvernent l'interprétation des contrats. Il incombe au juge d'établir, dans un premier temps, la volonté réelle des parties, le cas échéant, empiriquement, sur la base d'indices (ATF 127 III 444 consid. 1b). S'il ne parvient pas à déterminer cette volonté réelle, ou s'il constate qu'une partie n'a pas compris la volonté réelle manifestée par l'autre, le juge recherchera quel sens les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques, selon le principe de la confiance. Cette interprétation se fera non seulement d'après le texte et le contexte des déclarations, mais aussi d'après les circonstances qui les ont précédées et accompagnées (ATF 125 II 305 consid. 2b; 122 III 106 consid. 5a, 420 consid. 3a; 121 III 118 consid. 4b/aa)

c) aa) En l'espèce, la convention d'indemnisation, dans sa teneur précise et concise, fournit des indices sur la réelle et commune intention des parties. La Y verse, à "titre d'indemnité d'invalidité pour l'accident", la somme de 27'240 fr., soit un "capital invalidité" de 24'000 fr. et un "solde indemnité journalière" de 3240 francs. La combinaison des termes "capital invalidité" et "solde indemnité journalière",

rapprochés des articles 6 et 7 CGA 1985 ou 1991, signifie que, l'invalidité ayant été déterminée, l'assuré a droit aux prestations prévues en cas d'invalidité permanente, soit le capital, et que les allocations journalières ne sont dès lors plus dues. Pareille volonté de régler les conséquences de l'accident du 19 février 1992 se déduit également des pourparlers transactionnels. Le 10 décembre 1993, la Y manifestait la volonté de se départir du contrat en se prévalant de l'article 42 LCA. Une résiliation sur sinistre, au sens de cette disposition, suppose le règlement complet de l'indemnité (Carré, op. cit., p. 307); c'est dire que la défenderesse considérait qu'à la suite du paiement le sinistre n'était plus en suspens. Le demandeur partageait cet avis. Le 20 décembre 1993, il contestait la résiliation en rappelant qu'il n'avait pas accepté l'offre "pour solde de tous comptes" du 15 novembre 1993. Au préalable, le 8 décembre 1993, X avait souligné qu'en prétendant "vouloir verser un montant définitif", la compagnie bénéficiait d'une "économie certaine".

bb) Les parties ont transigé sur la base d'une expertise erronée. En effet, le taux d'invalidité a été arrêté à 15 % alors qu'il s'élevait à 50 %. Cette différence de taux d'invalidité est antérieure à la liquidation du sinistre. Elle ne résulte pas d'une aggravation inattendue de l'état de santé du demandeur. Celui-ci ne saurait dès lors se prévaloir d'une erreur essentielle. Assisté d'un avocat, il a, en effet, accepté, à l'instar de la Y, les conclusions du D^r G après avoir, durant près de sept mois, soutenu qu'il n'était pas possible de déterminer, de façon précise, le taux d'invalidité, son état pouvant évoluer. Par courrier du 2 mai 1994, X a encore interpellé le D^r S afin d'être au clair sur "l'évolution probable future" de son état de santé. Lorsqu'il a signé la convention, de nombreux médecins s'étaient déjà penchés sur son cas. Dans ces circonstances, s'il n'était pas convaincu par les conclusions du D^r G, le demandeur avait la faculté de solliciter une contre-expertise ou d'inviter la défenderesse à suspendre le règlement du sinistre jusqu'à droit connu sur l'expertise ordonnée le 22 février 1994 par la commission AI du canton du Valais, le D^r S ayant, en particulier, exposé le 13 mai 1994, que l'assurance invalidité ne s'étant pas prononcée, il ne voyait pas sur quelle base la Y se plaçait pour définir une invalidité partielle définitive, ou encore d'introduire une réserve dans la convention d'indemnisation.

d) Le demandeur se prévaut aussi de l'article 21 CO pour invalider la convention d'indemnisation. A teneur de cette disposition, applicable par analogie à la transaction extrajudiciaire (Gauch, Der aussergerichtliche Vergleich, in

Innominatverträge, 1988, p. 19), en cas de disproportion évidente entre la prestation promise par l'une des parties et la contre-prestation de l'autre, la partie lésée peut, dans le délai d'un an, déclarer qu'elle résilie le contrat et répéter ce qu'elle a payé, si la lésion a été déterminée par l'exploitation de sa gêne, de sa légèreté ou de son inexpérience.

Deux critères cumulatifs doivent être réunis pour que la lésion soit réalisée : un critère objectif, la disproportion évidente des prestations, et un critère subjectif, la décision déterminée par l'exploitation de l'état d'infériorité (ATF 123 III 292 consid. 4; Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2^e éd., 1997, p. 300). La disproportion des prestations s'apprécie au moment de la conclusion du contrat (ATF 123 III 292 consid. 6a; 99 II 366 consid. 3c). L'auteur a ou doit avoir conscience de la disproportion des prestations promises et de l'état où se trouve le lésé (ATF 123 III 292 consid. 7). Celui-ci doit établir la disproportion, les conditions subjectives qui étaient les siennes au moment de la conclusion et le comportement contraire au droit de l'auteur (Engel, op. cit., p. 304).

En l'espèce, X percevait, lors de la conclusion de la convention d'indemnisation, des prestations mensuelles pour perte de gain de 6000 francs. Il était assisté d'un conseil, qui, avant de signer la convention, a invité la Y à procéder à des investigations complémentaires auprès du D^r S. C'est dire que X ne saurait se prévaloir d'un état d'infériorité. Par ailleurs, l'indemnité offerte était fondée sur le taux d'invalidité, présumée permanente, arrêté par l'expert médical qui avait consulté le D^r D, reconnu, selon le D^r S, "comme un spécialiste dans le domaine". La Y a accepté de porter le taux d'invalidité de 50 % à 100 % sur demande de X, qui se référait à l'avis du D^r S. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que la défenderesse a recueilli des avantages excessifs de la faiblesse - alléguée - de son cocontractant, et il n'a pas été établi, au demeurant, qu'elle en avait connaissance.

e) X invoque également le dol de la Y. A teneur de l'article 28 al. 1 CO, applicable à la transaction extrajudiciaire (Gauch, op. cit., p. 21), la partie induite à contracter par le dol de l'autre n'est pas obligée, même si son erreur n'est pas essentielle.

Il y a dol lorsqu'une partie induit volontairement l'autre en erreur pour l'amener à conclure un contrat. La partie qui en est victime commet une erreur sur les motifs. Il n'est pas nécessaire que cette erreur soit essentielle, mais elle doit être causale: sans son erreur, la victime n'aurait pas conclu le contrat ou l'aurait conclu à des conditions différentes (ATF 99 II 308 consid. 4c; Engel, op. cit., p. 349 ss). Agir par dol, c'est articuler des faits inexacts ou passer sous silence certains faits. L'ayant droit doit établir la réalisation des conditions du dol, en particulier l'induction en erreur et la relation de causalité avec la conclusion du contrat (Schmidlin, op. cit., n. 171 ad art. 28 CO).

En l'occurrence, on cherche, en vain, la preuve de renseignements inexacts sur le degré d'invalidité permanente donnés volontairement par les organes de la défenderesse. La Y pour formuler son offre, s'est, en effet, fondée sur l'expertise du D^r G, dont elle a fait parvenir une copie à X, puis à son médecin le D^r S. C'est dire que le dol ne saurait être retenu.

f) X se prévaut de la crainte fondée. A teneur de l'article 29 al. 1 CO, si l'une des parties a contracté sous l'empire d'une crainte fondée que lui aurait inspirée sans droit l'autre partie ou un tiers, elle n'est point obligée. La crainte fondée est celle qu'une personne inspire à une autre, intentionnellement et sans droit, pour la déterminer à faire une déclaration de volonté. La cause de la crainte est la menace d'un mal futur dans l'hypothèse d'un refus d'obtempérer (Engel, op. cit., p. 263).

Pour qu'un contrat soit invalidé en raison de la crainte fondée, les quatre conditions suivantes doivent être réalisées : une menace dirigée sans droit contre une partie ou l'un de ses proches, la crainte fondée qui en résulte, l'intention de l'auteur de la menace de déterminer le destinataire à faire une déclaration de volonté et le lien de causalité entre la crainte et le consentement (ATF 111 II 349 consid. 2).

En l'espèce, le refus de verser les allocations journalières à compter du 14 novembre 1993 et l'offre de payer, pour solde de comptes, un capital invalidité de 24'000 fr. étaient fondés sur les conclusions de l'expertise du D^r G. Durant quelque sept mois, la défenderesse a procédé à des investigations complémentaires eu égard aux observations du demandeur. Elle a exposé les motifs pour lesquels elle considérait que l'état de santé de X s'était stabilisé. Dans ces circonstances, on ne saurait

assimiler son offre à des menaces exercées sans droit. De surcroît, X, assisté d'un conseil dès le début des pourparlers transactionnels, avait la faculté d'actionner la Y en paiement dans la mesure où il estimait, notamment, la dette exigible. Le demandeur a signé la convention d'indemnisation après avoir, en particulier, exposé, d'une manière ferme, son point de vue et interpellé le D^r S. On ne saurait dès lors retenir qu'il a agi en raison de la gravité des menaces alléguées.

g) X fait encore valoir la "clausula rebus sic stantibus". L'intervention du juge dans un contrat en raison d'un changement de circonstances suppose que celui-ci n'était ni prévisible ni évitable, qu'il altère gravement l'équivalence des prestations et que le contrat n'a pas été exécuté sans réserve (ATF 127 III 300 consid. 5b). En outre, l'exécution d'une des obligations contractuelles doit avoir lieu postérieurement à la conclusion du contrat. Le problème ne peut donc pas surgir en présence d'actes ou de contrats dits instantanés; il peut, en revanche, se poser chaque fois qu'il n'y a pas de simultanéité entre la conclusion du contrat et son exécution. Ce sera le cas des contrats générateurs d'obligations, spécialement des contrats dont l'exécution est différée, des contrats à prestations successives et des contrats dits de durée, c'est-à-dire ceux dans lesquels l'exécution porte sur une prestation durable (Tercier, La "clausula rebus sic stantibus" en droit suisse des obligations, in JT 1979 p. 196; cf. ég. Kramer, Commentaire bernois, n. 273 ad art. 18 CO).

En l'espèce, l'exécution des obligations contractuelles n'était pas différée. C'est dire que les conditions d'un ajustement judiciaire de la convention d'indemnisation aux nouvelles circonstances ne sont pas remplies.

h) X ne saurait enfin se fonder sur l'article 87 al. 2 LCR. Cette disposition concerne les conventions conclues à la suite d'un accident de la circulation par le lésé avec le détenteur responsable, son assureur responsabilité civile, voire, selon Bussy/Rusconi (Code suisse de la circulation routière, Commentaire, 3^e éd., 1996, n° 2.2 ss), toute personne solidairement responsable avec eux. Elle n'est, par conséquent, pas applicable aux conséquences de l'accident du 19 février 1992.

i) La convention d'indemnisation du 14 juin 1994 a réglé les conséquences de l'accident du 19 février 1992. Elle n'a pas été invalidée avec succès par X

Dans ces circonstances, les prétentions fondées sur l'accident du 19 février 1992 doivent être rejetées.

6. L'accident du 4 décembre 1993 a exacerbé en grande partie une symptomatologie déjà préexistante depuis l'accident du 19 février 1992. L'expert a arrêté l'aggravation de l'invalidité anatomique consécutive à cet accident à un taux de 20 %. Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, la Y a versé des prestations en se fondant sur ce taux. Demeurent litigieux le solde des indemnités journalières sur la police n° 6100 et l'intérêt moratoire sur les montants payés.

a) X , se fondant sur la police n° xxxx, prétend au paiement d'indemnités journalières pendant cinq ans.

aa) Le contrat d'assurance accidents prévoit fréquemment – du moins pour les assurés exerçant une activité rémunérée – une allocation fixe par jour d'incapacité de travail. Cette allocation est due par l'assureur, d'une manière générale, indépendamment de tout dommage économique (Brehm, op. cit., n° 14; Roelli/Jäger, op. cit., n. 81 ad art. 87/88 LCA). Il suffit que le médecin atteste une incapacité de travail et en précise le taux et la durée; de ce fait, l'expression "incapacité de travail" doit être comprise dans son sens abstrait. Peu importe, dès lors, que l'assuré soit travailleur, retraité, chômeur ou oisif (Brehm, op. cit., n^{os} 221, 376 et 383; Roelli/Jäger, loc. cit.). Il appartient à l'assuré de rapporter la preuve de l'incapacité dont il se prévaut (Brehm, op. cit., n^{os} 221, 383 et 395).

L'incapacité médicale de travail doit être consécutive à l'accident (Brehm, op. cit., n° 382). Lorsque plusieurs causes contribuent à une incapacité de travail, l'assureur répond des seules conséquences de l'accident dont le risque est assuré (Roelli/Jäger, op. cit., n. 4 ad art. 33 LCA; von Glutz, Taggeld-und Lohnausfallversicherung in der schweizerischen Privat- und Sozialversicherung, thèse Berne 1948, n. 5 p.18).

Tant que l'incapacité est totale, le montant journalier est versé intégralement. En cas d'incapacité partielle – soit en cours de guérison – le montant assuré est décompté dans la même proportion (Brehm, op. cit., n° 375; Roelli/Jäger, op. cit., n. 80 ad art. 87/88 LCA). L'allocation journalière débute dès le lendemain de

l'accident de travail, au plus tôt toutefois dès le début du traitement médical, voire après un délai d'attente, et prend fin au plus tard à l'échéance d'un délai à dater du jour de l'accident, échéance fixée dans les CGA (Brehm, op. cit., n^{os} 375, 380 et 389). Elle suppose, en particulier, que le cas n'est médicalement pas "consolidé", c'est-à-dire que l'invalidité éventuelle ne peut pas encore être déterminée (Brehm, op. cit., n^o 382). L'assureur verse l'allocation journalière éventuellement convenue durant le laps de temps entre la survenance de l'accident et la fixation de l'invalidité (Brehm, op. cit., n^o 435). Les parties peuvent cependant convenir que l'indemnité journalière ne sera allouée que pendant la durée du traitement médical nécessaire (RBA XI n^o 99; Roelli/Jäger, loc. cit.). Sauf convention particulière, le décompte des jours d'incapacité de travail inclut les dimanches et jours fériés ou chômés (Brehm, op. cit., n^o 391; Roelli/Jäger, loc. cit.). L'allocation journalière porte intérêt moratoire dès son échéance (Ileri, Commentaire bâlois, n. 61 ad art. 88 LCA).

En vertu de l'article 7 al. 1 des CGA 1991, applicables au cas d'espèce, la défenderesse est tenue de verser l'indemnité journalière convenue pendant la durée de l'incapacité de travail et non du traitement médical nécessaire comme le prévoyait l'article 7 al. 1 CGA 1985. Les parties sont convenues d'un délai d'attente : l'allocation journalière est, en effet, due dès le 16^{ème} jour. Ce délai commence à courir le jour où l'incapacité de travail a été constatée par le médecin (art. 7 al. 3 CGA 1991). L'indemnité est due aussi longtemps que l'assuré n'a pas ou n'aurait pas droit aux prestations prévues en cas d'invalidité permanente, mais au maximum pendant 5 ans à compter de l'accident (art. 7 al. 1 CGA 1991). Les prestations dues en cas d'invalidité deviennent exigibles dès que l'invalidité présumée permanente a été fixée (art. 6 let. e CGA 1991).

bb) En l'espèce, selon l'expert, l'incapacité de travail est complète depuis le 4 décembre 1993. Le traitement médical n'était alors plus susceptible d'apporter une amélioration significative des symptômes. Cette incapacité est consécutive, à raison de 50 %, à l'accident de décembre 1993.

L'invalidité est présumée permanente depuis l'accident du mois de décembre 1993. Il n'en demeure pas moins que le taux d'invalidité n'a été définitivement constaté que le 25 septembre 2000 (consid. 7b). C'est dire que le capital invalidité, soit la prestation due au sens de l'article 6 let. e CGA 1991, était exigible à compter de cette

date. Dans l'intervalle, X n'avait pas droit aux prestations prévues en cas d'invalidité, en sorte qu'il devait bénéficier, au maximum pendant cinq ans, des allocations journalières.

Le D^r S a constaté une incapacité de travail dès le 20 décembre 1993. La Y a, en conséquence, versé les allocations journalières dès l'échéance du délai d'attente de 15 jours à compter de cette date. La défenderesse a interrompu ses versements le 1^{er} avril 1994. Eu égard à l'incapacité totale de travail, dont une quote-part de 50 % est consécutive à l'accident de décembre 1993, le montant journalier, réduit de moitié (80 fr. : 2), doit être versé du 2 avril 1994 au 3 janvier 1999, soit durant 1738 jours (1826 jours – 88 jours). La Y paiera dès lors à X le montant de 69'520 fr. (1738 x 40 fr.).

L'intérêt, au taux de 5 %, doit être compté dès l'échéance moyenne du 15 juillet 1996.

b) X entend obtenir l'intérêt moratoire sur le capital invalidité à compter de la date de l'accident.

aa) L'échéance du capital invalidité intervient, conformément à l'article 88 LCA, au moment où l'invalidité a été définitivement constatée. Cette disposition institue une exception par rapport à l'article 41 al. 1 LCA, qui détermine, en règle générale, l'exigibilité de la créance (Brehm, op. cit., n° 782; Carré, op. cit., p. 444). Le terme "définitivement" ne doit pas être compris dans le sens médical, c'est-à-dire que l'invalidité soit "définitive" : le législateur se contente au contraire d'une invalidité probablement permanente. Le terme "définitif" inclut l'idée que le doute n'est plus permis, que le taux de l'invalidité "probablement permanente" est sans appel. Un premier rapport d'expertise ne signifie pas encore que les deux parties en accepteront les conclusions. Si le désaccord entre les deux parties aboutit à un procès, l'échéance interviendra soit le jour du jugement (ce jour-là, la constatation sera effectivement définitive), soit, si le jugement confirme le taux d'une expertise précédente, au jour du dépôt de cette expertise (Brehm, op. cit., n° 783; cf. ég. Ileri, Commentaire bâlois, n. 38 s. ad art. 88 LCA).

bb) En l'espèce, les parties ne se sont pas écartées de l'article 88 LCA en prévoyant que les prestations dues deviennent exigibles dès que l'invalidité présumée permanente a été fixée (art. 6 let. e CGA 1991 et 41 al. 8 CGA 1992). Les conséquences probablement permanentes de l'accident du 4 décembre 1993 ont été définitivement constatées dans le rapport complémentaire du 25 septembre 2000. L'expert a alors arrêté le taux d'invalidité anatomique consécutif à l'accident du 4 décembre 1993. Le capital invalidité des polices n^{os} XXXX et YYY était alors exigible. La Y a certes accepté de payer l'intérêt à 5 % du 1^{er} avril 1994 au 30 novembre 2000 sur 64'000 fr. (police n° XXXX) et du 1^{er} décembre 1998 au 30 novembre 2000 sur 40'000 fr. (police n° YYY), mais en se fondant, à tort, sur le fait que "le versement du capital invalidité, avec prise en compte des intérêts au 01 avril 1994, met fin au versement des indemnités journalières". Dans la mesure où la Y devra payer les allocations journalières pendant cinq ans, on ne saurait se fonder sur ce chef de conclusions s'agissant de la police n° 6100. L'intérêt moratoire doit, en conséquence, être compté du 25 septembre 2000 au 30 novembre 2000 sur 64'000 francs. Il sera, par ailleurs, donné acte à X que la Y paiera l'intérêt à 5 % du 1^{er} décembre 1998 au 30 novembre 2000 sur 40'000 francs.

c) Il n'y a pas lieu de déterminer le point de départ de l'intérêt moratoire sur le montant de 18'125 fr., versé le 17 novembre 2000 à titre d'indemnités journalières. En effet, la Y consent à le verser du 4 juin 1996 au 17 novembre 2000, alors que X le réclamait du 23 novembre 2000 au 26 mai 2002.

7. Sur les montants payés par la Y à réception de l'expertise judiciaire, X prétend au versement d'un intérêt moratoire sur l'intérêt capitalisé.

a) Aux termes de l'article 105 al. 3 CO, des intérêts ne peuvent être portés en compte pour cause de retard dans le paiement de l'intérêt moratoire. Il n'est donc pas licite de calculer un intérêt sur l'intérêt moratoire, même après l'introduction d'une poursuite ou d'une action en justice. L'article 105 al. 3 CO a pour but d'éviter une croissance trop rapide et trop importante de la dette (Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, in RVJ 1990 p. 371).

L'intérêt moratoire ne doit pas être confondu avec l'intérêt compensatoire. Celui-ci se définit comme l'intérêt attribué à la victime, titulaire d'une créance en

dommages-intérêts, pour compenser le fait que cette créance, en principe exigible dès la survenance de l'événement dommageable, ne lui est pas versée immédiatement. Il s'agit d'un élément du dommage qui permet à la victime d'être placée dans la situation où elle se trouverait si elle avait obtenu aussitôt satisfaction (ATF 122 III 53 consid. 4a; Spahr, op. cit., p. 372; Weber, Commentaire bernois, n. 11 ad art. 104 CO). L'intérêt compensatoire est également dû en cas de responsabilité contractuelle et délictuelle (ATF 122 III 53 consid. 4a). L'intérêt moratoire et l'intérêt compensatoire remplissent la même fonction, en sorte qu'ils ne peuvent être cumulés. Dès l'ouverture d'une action en paiement introduite à l'encontre du responsable, l'intérêt moratoire, s'il est réclamé, remplace l'intérêt compensatoire. L'intérêt moratoire se calcule alors sur la somme du capital et de l'intérêt compensatoire couru (Spahr, op. cit., p. 373).

L'assureur, qui ne paie pas une prestation exigible, est en demeure, en sorte qu'il doit l'intérêt moratoire (Carré, op. cit., p. 302; Nef, Commentaire bernois, n. 22 ad art. 41 LCA; cf. ég. Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^e éd., 1995, p. 389 s. et n. 1008 : "Der Verzugszins ist nicht zu verwechseln mit dem Schadenzins im Sinne des Haftpflichtrechtes").

b) En l'occurrence, X dans la demande, a réclamé l'intérêt moratoire sur le capital. Il ne l'a pas calculé sur la somme du capital et de l'intérêt compensatoire couru. Dès l'introduction de l'action, l'intérêt moratoire a remplacé l'intérêt compensatoire. Le demandeur ne saurait dès lors prétendre à un intérêt moratoire sur un intérêt compensatoire couru. De surcroît, le retard dans le paiement de la prestation d'assurance ne justifie pas le versement d'un intérêt compensatoire. C'est dire que les conclusions de X doivent, à cet égard, être rejetées.

8. X réclame enfin un montant de 10'000 fr. à titre de frais "préjudiciaires".

a) Les frais liés à l'intervention d'un avocat avant l'ouverture du procès constituent un élément du dommage dans la mesure où ils ne sont pas, comme en l'espèce, compris dans les dépens selon la procédure cantonale. L'assistance qui a donné lieu à ces frais doit, en outre, être justifiée, nécessaire et appropriée (ATF 4c. 51/2000 du 7 août 2000, SJ 2001 I 153 consid. 2; ATF 117 II 107 consid. 6b; 97 II 267 consid. 5b).

b) En l'occurrence, le recours à un avocat était justifié. X , en raison de l'atteinte à sa capacité physique et psychique, n'était pas à même de mener des pourparlers avec la Y qui avait, en particulier, interrompu le versement des allocations journalières. La recherche et l'établissement des faits et du dommage rendaient, par ailleurs, nécessaires l'intervention d'un homme de loi. Le conseil de X a déployé une activité importante, mais celle-ci ne portait pas uniquement sur les prétentions contre la Y . Les notes de son dossier et certains courriers adressés à X font, en effet, référence à la Z et à l'E .. Le 31 juillet 1996, X proposait ainsi à la Y , mais également à l'E , de confier l'expertise envisagée à différents établissements hospitaliers. En outre, ses prétentions n'étaient pas toutes fondées, en sorte que, pour partie, la Y , à juste titre, s'y opposait. Dans ces circonstances, les dépens relatifs à l'activité appropriée ne sauraient excéder la somme de 5000 francs. L'intérêt à 5 % doit être compté dès le lendemain de la notification de la demande, soit dès le 27 décembre 1997 (Spahr, op. cit., p. 368 s.).

9. a) aa) En règle générale, la partie qui succombe est condamnée aux frais. Si aucune des parties n'obtient en entier l'admission de ses conclusions ou en cas d'intervention, le juge peut, selon les circonstances, compenser les frais en tout ou en partie (art. 302 al. 1 aCPC). Le juge, toutefois, peut mettre tous les frais à la charge du défendeur, lorsque le demandeur ne pouvait pas évaluer exactement sa demande et que celle-ci a été reconnue fondée en principe (art. 302 al. 2 aCPC). Le seul fait de prendre des conclusions exagérées ne constitue, en effet, pas, à lui seul, un motif suffisant pour compenser les dépens lorsque, vu la nature du litige, il est particulièrement difficile au plaideur de chiffrer d'emblée ses prétentions, par exemple des indemnités consécutives à un accident. Dans des procès où un dommage est incontestable, mais difficile à chiffrer, on peut ainsi "tolérer une certaine plus petitio, et même relativement grande selon les circonstances" (Tabin, Les frais de justice et la liste de frais, in RVJ 1977 nos 33 ss p. 193 ss).

En l'occurrence, la valeur litigieuse s'élevait, initialement, à 1'525'095 francs. Le demandeur fondait ses prétentions sur un taux d'invalidité présumée permanente de 100 % "selon les éléments médicaux figurant dans le dossier AI". Les experts du COMAI avaient, en effet, arrêté à 100 % le taux d'incapacité de travail de X consécutif au traumatisme du 19 février 1992. A la suite de nouvelles investigations médicales, l'office cantonal AI confirmait, le 26 novembre 1996, le droit à la rente dans

le cadre d'une procédure de révision. Avant d'avoir connaissance de l'expertise judiciaire, X pouvait se référer à ce taux d'invalidité. Eu égard au barème progressif (sur cette notion, cf. Brehm, op. cit., n° 502) des CGA, le parallélisme entre le taux d'invalidité et celui de l'indemnisation cesse au-dessus d'une invalidité de 25 %; en cas d'invalidité totale, le capital de la police n° XXXX est multiplié par le facteur 3,5 (art. 6 let. c al. 2 des CGA 1985 et 1991). Dans ces circonstances, la valeur litigieuse est fonction de l'appréciation du taux d'invalidité présumée permanente. La détermination de Bruchez du capital invalidité relatif à la police n° XXXX comportait, par ailleurs, une erreur manifeste de calcul; le résultat de la multiplication était, en effet, de 560'000 fr. (160'000 fr. x 350 %) et non de 896'000 francs. En revanche, le demandeur, à tort, ne portait pas en déduction de ses prétentions les montants déjà perçus à titre de capital invalidité et d'allocations journalières. De surcroît, dans la mesure où il considérait que les conséquences probablement permanentes avaient été constatées par l'AI, soit, au plus tard, le 26 novembre 1996, il ne pouvait prétendre au versement des allocations journalières postérieurement à cette date. Dans ces circonstances, il convient de tenir compte de la "plus petitio" dans une mesure réduite.

Après avoir pris connaissance des conclusions de l'expert, la Y a acquiescé à la demande à concurrence de 122'125 francs. Dans ses conclusions motivées, elle a, par ailleurs, admis devoir l'intérêt moratoire sur cette somme. X a réduit ses conclusions à 283'898 fr., eu égard à l'expertise judiciaire et à l'acquiescement partiel de la Y .

Le demandeur a, pour l'essentiel, obtenu gain de cause en ce qui concerne le dommage consécutif à l'accident du 4 décembre 1993. Son calcul de l'intérêt moratoire sur le capital invalidité était cependant erroné; en outre, il prétendait, à tort, au versement d'un intérêt sur l'intérêt moratoire. Les conclusions de X tendant à l'invalidation de la convention d'indemnisation et, partant, à la réparation du préjudice résultant de l'accident du 19 février 1992 ont été rejetées. Une quote-part d'une demie des frais d'avocat antérieurs à l'introduction de l'action lui a, par ailleurs, été allouée.

Dans ces circonstances, les frais sont répartis à raison de trois cinquièmes à charge du demandeur et de deux cinquièmes à charge de la défenderesse.

b) aa) En principe, la valeur litigieuse déterminante pour le calcul des honoraires - et de l'émolument de justice - est celle qui résulte des conclusions prises par les parties au débat final (RVJ 1971 p. 39, 1968 p. 35; Tabin, op. cit., nos 33 ss p. 193 ss). Ce principe tend à lutter contre l'abus consistant en ce que les parties se prémunissent d'honoraires élevés (quoique corrects) en ne présentant des conclusions adéquates qu'au débat final (RVJ 1986 p. 309; Tabin, op. cit., n° 37 p. 196). Ce danger est inexistant lorsque la valeur litigieuse antérieure au débat final est supérieure à celle résultant des nouvelles conclusions. Ne pas tenir compte de valeurs litigieuses successives, dans cette hypothèse, risquerait de conduire les parties à ne chiffrer leurs conclusions avec précision qu'en fin de procédure lors même qu'elles seraient en mesure d'agir de la sorte bien plus tôt (RVJ 1986 p. 309). Le juge peut également tenir compte d'une valeur litigieuse supérieure lorsque la valeur initiale a été réduite en cours de procès par suite du paiement d'un montant, d'un désistement, d'un acquiescement partiel, d'expertise ou d'autres moyens de preuve dont le demandeur n'avait pas connaissance en formulant ses prétentions. Dans ce cas, il est tenu compte de l'avancement du procès au moment où la valeur est réduite (Tabin, op. cit., nos 34 et 36 p. 194 s.). Il convient de raisonner sur la base d'une application analogique des critères posés par l'art. 21 al. 1 aDTFJ (RVJ 1986 p. 309).

bb) En l'occurrence, la modification des conclusions est, pour l'essentiel, postérieure à la clôture de l'instruction. L'émolument de justice doit dès lors être déterminé à raison de trois quarts sur la valeur initiale - déduction faite de l'erreur de multiplication - et de un quart sur la valeur réduite.

c) Eu égard aux valeurs litigieuses successives, l'émolument de justice oscille entre 30'000 fr. et 100'000 fr., et entre 10'000 fr. et 35'000 fr. (art. 14 al. 1 LTar). Le degré de difficulté de la cause doit être qualifié de moyen (compte tenu de la valeur litigieuse initiale). Aussi, eu égard aux principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations (art. 11 al. 2 LTar), l'émolument de justice est arrêté à 36'812 fr. 15. Les débours s'élèvent à 5187 fr. 85 (expertise : 3910 fr. 25; témoins : 1192 fr.; services de l'huissier : 85 fr. 60). Les frais sont dès lors de 42'000 francs.

Les avances versées par la Y – 35'129 fr. 10 – sont supérieures aux frais qu'elle doit supporter, soit 16'800 francs. L'article 15 OAJA ne doit pas être interprété dans le sens d'une règle imposant aux tribunaux de restituer à la partie non

assistée le montant qui excède les frais qu'elle doit supporter. Cette question relève de l'obligation faite aux parties de couvrir, par leurs avances, les frais prévisibles du tribunal (art. 303 et 304 aCPC; RVJ 2001 p. 160 consid. 6a). La part d'avances théorique que chaque partie devait verser s'élève à 21'000 fr. (42'000 : 2). Dans ces circonstances, le greffe restituera à la Vaudoise un solde de 14'129 fr. 10 (35'129 fr. 10 – 21'000). X , qui reste tenu du paiement des frais et dépens mis à sa charge, malgré l'octroi de l'assistance judiciaire, versera à la défenderesse le montant de 4200 fr. à titre de remboursement d'avance (21'000 fr. – 16'800 fr.).

d) L'activité des conseils des parties est, pour l'essentiel, identique. Elle a consisté à rédiger des écritures, étayées par des pièces, un mémoire-conclusions, à solliciter l'assistance judiciaire s'agissant du demandeur, à participer à trois séances et à rédiger des questionnaires. Eu égard aux valeurs litigieuses successives, les honoraires oscillent entre 33'000 fr. et 130'000 fr. et entre 14'600 fr. et 19'900 francs. Le degré de difficulté de la cause a déjà été évoqué. Les frais d'avocat sont dès lors fixés à 35'000 fr., débours compris. X versera à la Y une indemnité de 21'000 fr. à titre de dépens et celle-ci lui paiera le montant de 14'000 francs.

e) L'autorité saisie de la procédure principale fixe dans sa décision sur les dépens le montant dû par la collectivité à l'avocat d'office de la partie qui succombe entièrement (art. 17 al. 1 OAJA).

En l'espèce, le demandeur a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, avec effet au 19 décembre 1997. Puisqu'il ne succombe pas entièrement, il n'y a pas lieu d'arrêter, dans ce jugement, le montant des honoraires et des débours dus à son avocat d'office par la collectivité.

