

—
CANTON DE VAUD

■
TRIBUNAL D'ARRONDISSEMENT
DE LA COTE

Route de St-Cergue 38
1260 Nyon

JUGEMENT

rendu par le

TRIBUNAL CIVIL DE L'ARRONDISSEMENT

DE LA CÔTE

le

9 juin 2006

dans la cause en réclamation pécuniaire

X _____

contre

Y Versicherungen AG, _____

dont le conseil est l'avocate Sabrina Cellier, à Lausanne

MOTIVATION

Audience du 9 juin 2006

Président : Mme A. Röthenbacher, présidente

Juges: MM. O. Martin et J.-P. Millioud

Greffier : N. Rabbiosi, greffier substitut

Statuant immédiatement à huis clos, le Tribunal retient ce qui suit:

EN FAIT:

1. Le demandeur X est né le 17 août 1967 en Iran. Il est célibataire et n'a pas d'enfants. Son père, réfugié politique en Suisse, s'est fait assassiner par des diplomates iraniens en avril 1990.

2. En janvier 1993, le demandeur a adressé une demande d'admission auprès de l'assurance Z pour affiliation en assurance de base des frais médicaux et pharmaceutiques, assurance supplémentaire des frais médicaux et pharmaceutiques, assurance supplémentaire pour prestations non obligatoires, assurance combinée d'hospitalisation, assurance supplémentaire pour décès ou invalidité par accident, et assurance capital d'invalidité due à la maladie (groupe de prestations 3, prime indiquée de 15 fr.).

A la question "Etiez-vous dans les cinq dernières années en traitement médical, à l'hôpital, en cure, malade ou avez-vous eu un accident?", le demandeur a répondu "oui", en se référant à la réserve instituée. Il a répondu "non" en se référant à la réserve instituée à la question "Etes-vous actuellement en bonne santé?". Il a indiqué "oui" à la rubrique "Jouissez-vous actuellement d'une capacité complète de travail?".

Sur demande de la Z qui souhaitait obtenir des renseignements sur l'état de santé du demandeur, en particulier sur la rectocolite ulcéra-hémorragique dont il souffrait, les diagnostics connus, les thérapies instituées et une éventuelle hospitalisation prévue, un certificat médical a été adressé à cette dernière par le Dr. G, gastroentérologue, en date du 5 mars 1993, qui mentionnait ce qui suit:

"Etat de santé bon sans traitement médical actuellement prévu pour sa R. U.H. [rectocolite ulcéro-hémorragique] connue. Pronostic favorable".

Ledit certificat ne mentionnait aucun trouble psychologique, ni aucune incapacité de travail du demandeur.

Le 20 avril 1993, la Z a écrit au demandeur qu'elle ne pouvait l'accepter que pour l'assurance de base des frais médicaux-pharmaceutiques avec une réserve. Il était précisé dans ce courrier que seules les assurances pour décès ou invalidité par accident ainsi que l'assurance capital d'invalidité pouvaient être maintenues avec l'assurance de base.

Le demandeur a reçu un certificat d'assurance valable dès le 1^e septembre 1993 pour frais médicaux et pharmaceutiques (maladie/accident) P, pour l'invalidité

par maladie (groupe de cotisations 3) et pour l'assurance pour décès ou invalidité par accident.

Le 23 juin 1993, la Z a pris une décision selon laquelle, dans l'assurance des frais médicaux pharmaceutiques P, le contrat du demandeur était grevé d'une réserve pour " rectocolite ulcéro-hémorragique valable pendant cinq ans à partir du 1^{er} juillet 1993, soit jusqu'au 30 juin 1998.

Les assurances ainsi conclues étaient soumises à des conditions générales, reproduites ci-dessous:



Art. Bases

Le contrat entre la Z (ci-après désignée «Z») et la F, (ci-après désignée «F») et les présentes conditions générales d'assurance (CGA) forment les bases de l'assurance-risque sur la vie.

Art. 2 Début de l'assurance

1 Les sociétaires de la Z peuvent conclure l'assurance-risque sur la vie selon le présent contrat à partir de la 16^e année accomplie (dès le 1^{er} janvier de l'année civile dans laquelle la 16^e année est accomplie) jusqu'à la 63^e année accomplie.

2 L'admission dans l'assurance-risque sur la vie se fait par l'envoi de la formule d'admission à la Z.

3 Une admission à l'assurance-risque sur la vie ou une augmentation de celle-ci ne peut s'effectuer qu'à condition que le candidat soit complètement capable de travailler au moment de l'admission ou de l'augmentation de l'assurance.

4 En cas d'augmentation de l'assurance-risque sur la vie une nouvelle formule d'admission doit être à nouveau remplie et adressée à la Z.

Art., 3 Fin de la couverture d'assurance

1 L'assurance-risque sur la vie cesse automatiquement avec la sortie ou l'exclusion d'un sociétaire de la Z.

2 Le 31 décembre de l'année dans laquelle le sociétaire atteint l'âge de 65 ans, cette assurance-risque sur la vie prend fin automatiquement.

3 L'assurance-risque sur la vie peut être résiliée à la fin d'un mois en observant les dispositions statutaires de la Y.

Art. 4 Prestations assurées

1 L'assurance-risque sur la vie est divisée en groupes. La cotisation mensuelle par groupe s'élève à fr. 3.—; elle est perçue avec celle de la caisse-maladie.

² Un sociétaire peut s'assurer pour 10 groupes de cotisation au maximum.

³ Les prestations suivantes sont assurées par groupe de cotisation:

a) Capital en cas de décès

Capital de décès Hommes	en cas à l'âge		Par groupe Prime fr. 3.- par mois	Capital de décès Hommes	en cas à l'âge		Par groupe Prime fr. 3.- par mois
	Femmes	Femmes			Femmes		
	16		14 419	41	46		8 006
	17		14 345	42	47		7 470
	18		14 220	43	48		6 956
	19		14 135	44	49		6 455
	20		14 032	45	50		5 971
16	21		13 942	46	51		5 526
17	22		13 852	47	52		5 096
18	23		13 762	48	53		4 696
19	24		13 671	49	54		4 333
20	25		13 579	50	55		3 989
21	26		13 496	51	56		3 674
22	27		13 413	52	57		3 386
23	28		13 316	53	58		3 107
24	29		13 228	54	59		2 855
25	30		13 163	55	60		2 622
26	31		13 070	56	61		2 402
27	32		12 987	57	62		2 203
28	33		12 900	58	63		2 017
29	34		12 837	59	64		1 847
30	35		12 715	60	65		1 689
31	36		12 489	61			1 545
32	37		12 200	62			1 411
33	38		11 878	63			1 291
34	39		11 485	64			1 179
35	40		11 080	65			1 076
36	41		10 628				
37	42		10 138				
38	43		9 618				
39	44		9 097				
40	45		8 545				

b) Capital d'orphelin

En cas de décès d'un sociétaire un capital d'orphelin supplémentaire de fr. 500.- par groupe de cotisation est payable pour chaque enfant mineur qu'il laisse.

⁴ L'âge d'un sociétaire est égal à l'âge atteint dans l'année civile y relative.

Art. 5 Etendue de la couverture d'assurance

¹ Pbur autant que ces CGA ne contiennent pas de restrictions formelles, la couverture de cette assurance-risque sur la vie est accordée quels que soient l'activité (y compris les risques d'aviation, de véhicules à moteur et de sport) et le lieu de séjour de l'assuré. Cette couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

² Même si le décès du sociétaire assuré a été causé par une faute grave, la F paiera entièrement la prestation assurée.

³ Les prestations assurées sont payées sans égard à d'autres assurances.

Art. 6 Limitation des prestations en cas de décès

¹ Aucune prestation n'est payée lorsqu'un assuré décède dans les trois mois suivant l'admission dans l'assurance-risque sur la vie des suites d'une maladie qui existait déjà au moment de l'admission et dont il avait connaissance.

² Le chiffre 1 ci-dessus est applicable par analogie lorsqu'un assuré décède dans les trois mois suivant une augmentation d'assurance. Les prestations assurées avant l'augmentation sont toutefois versées.

³ Lorsque l'assuré meurt par suicide, la F ne paie que les prestations qui sont assurées depuis plus de trois ans.

Art. 7 Service militaire et guerre

Le service militaire actif pour défendre la neutralité suisse, ainsi que pour maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays - sans opérations de guerre dans l'un et l'autre cas - est considéré comme service militaire en temps de paix; comme tel, il est couvert sans autre formalité dans le cadre des CGA.

² Si la Suisse est en guerre ou si elle se trouve engagée dans des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, les dispositions communément applicables par toutes les compagnies suisses d'assurances sur la vie sont valables.

³ Si l'assuré prend part à une guerre ou à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou se trouve engagée dans des hostilités de cette nature, et qu'il meure, soit pendant cette guerre, soit à la suite d'une telle guerre, la F ne paie pas les prestations assurées.

Art. 8 Droit aux prestations assurées

1 Le droit aux prestations en cas de décès d'un sociétaire est réservé au conjoint, à défaut, aux enfants, à défaut, aux parents et à défaut, aux héritiers légaux à l'exclusion des communautés publiques. Le sociétaire assuré peut modifier, par communication écrite à la F, la clause bénéficiaire susmentionnée.

² Ont droit aux capitaux d'orphelin tous les enfants légitimes et illégitimes, les enfants adoptifs et les enfants recueillis à l'entretien desquels l'assuré avait largement pourvu de son vivant, à condition qu'ils n'aient pas encore atteint l'âge de 20 ans.

Le droit existe au-delà de la 20e année

- a) quand l'enfant n'a pas encore atteint l'âge de 25 ans et se trouve encore dans la formation professionnelle sans exercer simultanément une profession à titre principal;
- b) quand l'enfant est atteint d'une incapacité de gain présumée permanente et que déjà à l'âge de 20 ans il était incapable de travailler pour ce même motif.

Art. 9 Versement des prestations assurées

¹ Tout décès est à annoncer sans retard, par les parents, à la Z qui informe immédiatement la F.

² Pour justifier le droit aux prestations, les documents suivants doivent être remis par les survivants à la F.

- un acte officiel de décès;
- un rapport médical sur la cause de la mort resp. sur le début et la cause de la dernière maladie;
- une confirmation sur l'existence des enfants qui ont droit aux capitaux d'orphelin selon l'art. 8, chiffre 2.

³ Les prestations ne seront versées que lorsque les documents nécessaires auront été fournis.

⁴ Les versements sont effectués par la F aux ayants droit personnellement. Elle n'est pas obligée d'effectuer les versements à un représentant ou à l'étranger. Dans ce cas, les prestations sont garanties jusqu'à un versement possible.

Art. 10 Juridiction

Pour les actions contre la F, qui dérivent du contrat d'assurance, sont compétents les tribunaux ordinaires de son siège social de St-Gall ou ceux du domicile suisse de l'ayant droit. Si l'ayant droit n'a pas son domicile en Suisse, le lieu de juridiction est St-Gall.

Art. 11 Droit applicable

Pour toutes les questions qui ne sont pas particulièrement réglées dans ces Conditions générales, on appliquera les prescriptions de la Loi sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA) et, subsidiairement, de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

B. Assurance capital d'invalidité (invalidité par suite de maladie)

Art. 1 Bases

Le contrat passé entre la Chrétienne-Sociale Suisse (désignée ci-après par Z) et la F assurances sur la vie (désignée ci-après par F) ainsi que les présentes conditions générales d'assurance (CGA) constituent les bases de l'assurance capital d'invalidité.

Art. 2 Début de l'assurance

¹ En vertu de ce contrat les sociétaires de la Z peuvent conclure et augmenter l'assurance capital d'invalidité dès l'âge de 16 ans (à partir du 1er janvier de l'année dans laquelle ils accomplissent leur 16ème année) et ce jusqu'à l'âge de 55 ans révolus.

² Le sociétaire propose son adhésion à l'assurance capital d'invalidité en retournant à la Z la formule d'admission dûment signée et remplie de manière complète et véridique.

³ Pour demander une augmentation du capital d'invalidité, le sociétaire doit remplir une nouvelle formule d'admission et l'adresser à la Z.

Art. 3 Fin de l'assurance

¹ La démission ou l'exclusion du sociétaire entraînent ipso facto la cessation de l'assurance capital d'invalidité.

² L'assurance capital d'invalidité s'éteint automatiquement le 31 décembre de l'année dans laquelle le sociétaire atteint l'âge de 63 ans. Si une invalidité totale survient dans les 24 mois qui précèdent le 63ème anniversaire, le sociétaire est libéré du paiement des cotisations à partir du 31 décembre de l'année dans laquelle il atteint l'âge de 63 ans. Le capital d'invalidité assuré est versé à l'expiration du délai d'attente.

³ Le sociétaire peut résilier l'assurance capital d'invalidité en tout temps pour la fin d'un mois en respectant les dispositions statutaires de la Z.

Art. 4 Prestations assurées

L'assurance capital d'invalidité est subdivisée en groupes. La cotisation s'élève à fr. 5.- par mois et par groupe. La Z la prélève en même temps que les autres cotisations.

² Un sociétaire peut s'assurer pour 3 groupes de cotisation au maximum.

³ La cotisation mensuelle et les prestations sont égales pour les femmes et les hommes.

⁴ Le montant du capital d'invalidité dépend du groupe de cotisations convenu et de l'âge atteint lorsque l'invalidité a débuté.

⁵ Selon le groupe de cotisations sont garanties les prestations suivantes:

Capital en cas d'invalidité consécutive à une maladie

Age au début de l'invalidité Hommes/Femmes	Capital d'invalidité pour une cotisation mensuelle de fr. 5.- par groupe	Age au début de l'invalidité Hommes/Femmes	Capital d'invalidité pour une cotisation mensuelle de fr. 5.- par groupe
16 -20	38004	42	16 108
21	37554	43	15 039
22	37115	44'	14 010
23	36475	45	12 926
24	35856	46	11 841
25	35064	47	10812
26	34306	48	9 870
27	33403	49	9015
28	32547	50	8 168
29	31575	51	7 346
30	30660	52	6 590
31	29382	53	5 920
32	28207	54	5 324
33	27007	55	4 783
34	25799	56	4 274
35	24695	57	3 807
36	23333	58	3 401
37	22037	59	3 047
38	20809	60	2 729
39	19588	61	2 460
40	18396	62	2 224
41	17293	63	2 009

Art. 5 Exigibilité du capital d'invalidité

1 Le capital d'invalidité est exigible lorsque l'incapacité de travail du sociétaire a duré 24 mois au moins et qu'une amélioration de son état n'est pas vraisemblable.

2 Le délai d'attente commence de courir le jour où le médecin a constaté une invalidité présumée permanente d'au moins 50%.

Le sociétaire peut prétendre au capital d'invalidité si une invalidité permanente d'au moins 66 %/0 a existé au cours des six derniers mois de la période d'attente.

3 Il sera admis que le sociétaire est frappé d'une invalidité présumée permanente s'il est prouvé que la continuation du traitement médical n'apportera pas d'amélioration sensible.

Art. 6 Etendue de la garantie d'invalidité

1 Si les présentes CGA ne prévoient pas de réserves expresses, la garantie de l'assurance capital d'invalidité est donnée quels que soient la maladie génératrice de l'invalidité et le lieu de séjour de l'assuré.

2 Il n'existe pas de couverture d'assurance en cas de:

- invalidité consécutive à un accident,
- invalidité que le sociétaire a provoquée intentionnellement,
- invalidité dont le sociétaire a caché les causes réelles de manière dolosive,
- invalidité de moins de 66 2/3 %,
- décès survenant au cours de la période d'attente. Le

remboursement de prestations versées à tort sera exigé.

Art. 7 Service militaire et guerre

1 Le service militaire actif pour défendre la neutralité suisse, ainsi que pour maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays, - sans opérations de guerre dans l'un et l'autres cas - est considéré comme service militaire en temps de paix; comme tel, il est couvert sans autre formalité dans le cadre des CGA.

² Si la Suisse est en guerre ou si elle se trouve engagée dans des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, les dispositions valant uniformément pour toutes les compagnies d'assurances sur la vie sont applicables.

³ Si l'assuré prend part à une guerre ou à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou se trouve engagée dans des hostilités de cette nature, et devient invalide, que ce soit pendant ou à la suite d'une telle guerre, la F est déliée de toute obligation de fournir des prestations.

Art. 8 Droit aux prestations

L'ayant droit est le sociétaire assuré devenu invalide.

Art. 9 Versement des prestations assurées

1 Toute prétention au capital d'invalidité doit être communiquée à la Z à l'expiration du délai d'attente de 24 mois. La Z en avisera la F.

² A titre de justification du bien-fondé de la prétention, la F demande la production des documents suivants:

— décision de l'assurance-invalidité fédérale (AI) afférente à un degré d'invalidité de $66 \frac{2}{3}$ % au moins,

— rapport médical circonstancié sur la nature, l'évolution, le début et la durée de la maladie.

³ La F se réserve le droit de réclamer au besoin des justificatifs supplémentaires et de procéder elle-même à d'autres investigations.

⁴ Les prestations seront fournies seulement lorsque toutes les preuves requises auront été produites.

Art. 10 For

Lors d'actions dirigées contre elle du fait du présent contrat d'assurance, la F reconnaît les tribunaux ordinaires de son siège social à St-Gall ou ceux du domicile suisse de l'ayant droit. Si ce domicile est hors de Suisse le for compétent de juridiction est uniquement St-Gall.

Art. 11 Droit applicable

Pour toute question qui n'est pas réglée spécialement dans les présentes Conditions générales d'assurance, sont applicables les statuts de la Z et les prescriptions de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA) et, subsidiairement, de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

3. En septembre 1997, la Z a informé le demandeur de ce qu'elle entendait concentrer ses forces uniquement dans le domaine de l'assurance maladie, de sorte que les contrats d'assurances risque sur la vie et capital d'invalidité seraient transférés, avec effet au 1^{er} janvier 1998, dans le portefeuille du nouveau partenaire de la F, la société I. Ce transfert a été confirmé par courrier de F-Vie et de I du mois d'octobre 1997, précisant notamment que les conditions générales d'assurance de la Z restaient valables.

Depuis lors, les produits de l'assurance F-Vie ont été repris par la défenderesse Y Versicherungen AG, laquelle est toujours l'assureur de I. Ainsi que l'explique la défenderesse dans un courrier du 16 octobre 2003, "I est responsable pour la gestion de l'effectif ainsi que l'encaissement des primes tandis que nous sommes responsables pour le traitement des sinistres. Si le droit aux prestations existe, le somme d'assurance est versée par Y".

4. Le 18 janvier 1999, le demandeur a déposé une demande de rente auprès de l'AI.

Le 17 mai 2000, l'office de l'AI pour le canton de Vaud a avisé le demandeur que sa demande de prestations avait été rejetée. Il écrivait ce qui suit :

"(...) Selon l'article 4 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (en principe une année) résultant d'une atteinte à la santé. En outre, l'article 8 LAI précise que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation si elles sont nécessaires et de nature à rétablir, à améliorer ou à sauvegarder la capacité de gain.

Pour une personne sans activité lucrative, l'impossibilité d'accomplir ses travaux habituels est assimilée à la diminution de la capacité de gain (article 5 LAI).

En l'espèce, les différents renseignements en notre possession ne nous permettent pas d'admettre une diminution importante de votre capacité d'effectuer vos activités habituelles d'étudiant pour une longue durée sans interruption notable.

Vous ne présentez dès lors pas d'invalidité au sens de l'article 4 LAI, et le droit à

une rente AI ne peut que vous être refusé.

Par conséquent, la demande de prestations est rejetée.

Nous vous avons présenté ci-dessus un projet de décision. Mais, avant de notifier une décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les deux semaines, par écrit ou verbalement, vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. (...)"

Le 11 novembre 2000, une expertise a été réalisée par le professeur M du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), s'agissant de l'état de santé physique du demandeur. L'anamnèse relate que les problèmes de santé du demandeur ont commencé en automne 1988, lorsqu'il a présenté des diarrhées sanglantes suivies d'une perte de poids de 10 kilos en quelques semaines. Il ressort du diagnostic posé par le M que le demandeur souffre notamment d'une "rectocolite ulcéro-hémorragique intéressant l'ensemble du cadre colique". S'agissant du degré de capacité de travail du demandeur, l'expert a écrit ce qui suit (ch. VI et VII): "Une diminution importante de la capacité de travail existe très probablement depuis la recrudescence des diarrhées importantes et la survenue des troubles nutritionnels qui sont probablement liés à la sténose colique. Cette symptomatologie existe anamnestiquement depuis 1993, et la sténose a été confirmée peu après dans l'évolution. Grâce à une routine alimentaire stricte et à l'usage de lavements, le patient est parvenu à limiter l'impact de sa maladie. Depuis 2 ans, l'incapacité peut être raisonnablement évaluée à 50%. Le degré d'incapacité est stable depuis lors et il est probable que ce degré d'incapacité va persister. Si cette incapacité est probablement liée en majeure partie aux diarrhées secondaires à la sténose et à la colite ulcéreuse, l'état de fatigue reporté par le patient est probablement secondaire à sa malnutrition chronique (...) L'affection intestinale, ses complications et l'état de malnutrition chronique du patient justifient clairement une incapacité de travail même en tant qu'étudiant".

Egalement dans le cadre de la demande de rente AI, une expertise psychiatrique a été effectuée par le Dr. G, psychiatre et psychothérapeute, en date du 27 août 2001. Elle est reproduite ci-dessous (p. 14-19).

MOTIF DE L'EXPERTISE

M. X, âgé de 31 ans et d'origine iranienne, est étudiant en _____ à l'Université de _____ depuis 1997 avec un programme adapté en raison de colites ulcéreuses qui l'empêchent de suivre les cours le matin.

En décembre 1998, M. X adresse une demande d'allocations pour impotent à l'AI où, dans une longue lettre documentée, il précise qu'il souffre depuis une dizaine d'années d'une affection digestive à caractère ulcéreux. Cette affection l'a obligé à interrompre ses études à plusieurs reprises et, grâce à une alimentation artificielle prise en charge par son assurance maladie, il constate depuis une année une amélioration de son état de santé qui lui permet de suivre les cours l'après-midi. Toutefois, si ces conditions sont adaptées à sa situation d'étudiant, il ne pense pas pouvoir assumer un emploi qui exigerait des heures de présence et un investissement plus important. M. X VI demande une reconnaissance et une prise en charge par l'AI de son handicap.

En février 1999, le Dr J. GU, interniste à Nyon et médecin traitant de l'assuré, adresse un rapport à l'AI en signalant que son patient souffre d'une atteinte à la santé depuis 1989, qui nécessite un traitement médicamenteux pour une durée indéterminée. Il ne considère pas l'assuré comme impotent mais limité par sa maladie qui l'empêche, périodiquement, d'assister aux cours. Le diagnostic indique une colite ulcéreuse, depuis 1989 traitée médicalement. Le bilan biologique ne montre pas de syndrome biologique inflammatoire. L'assuré est surtout gêné par des diarrhées matinales qui rendent difficile une activité professionnelle régulière, en particulier le matin. L'incapacité de travail en tant qu'étudiant n'est pas spécifiée. Le Dr GU estime qu'une expertise au COMAI serait souhaitable.

Le 24 janvier 2000, l'OAI demande à M. X de se soumettre à un examen médical complémentaire auprès du Dr W à Prangins. Examen refusé par l'assuré qui répond une nouvelle fois de manière documentée à l'AI avec copie au service juridique de cette instance.

En mai 2000, l'AI estime que les éléments médicaux en leur possession ne leur permettent pas d'admettre une diminution importante et continue de la capacité de l'assuré à effectuer ses activités habituelles d'étudiant. La rente est alors refusée. Par ailleurs, l'AI refuse également de prendre en charge les frais de nutrition à domicile, demandés par l'assuré, étant donné qu'il s'agit d'un traitement de l'affection elle-même et non pas d'une mesure médicale strictement nécessaire à une réadaptation professionnelle.

En août 2000, le Dr GU signale un état de santé stationnaire en dehors

de deux épisodes de probable sub-occlusion en moins de deux ans, dont l'un a nécessité une hospitalisation de quelques heures à l'hôpital de Nyon. L'incapacité de travail est toujours de 50%, car l'assuré devait rester chez lui à cause de diarrhées durant toute la matinée. Le Dr GU estime qu'une colonoscopie de contrôle est impérative mais son patient a refusé jusqu'ici tout examen complémentaire. Il réitère la nécessité d'une expertise au COMAE étant donné une certaine surcharge psychologique due au passé personnel et médical de son patient. Selon lui, une expertise psychiatrique, comme proposée précédemment et également refusée par l'assuré, ne semble pas être une première approche souhaitable.

En décembre 2000, M. X effectue une demande de réadaptation AI dans une activité adaptée à sa maladie.

En novembre 2000, une expertise médicale est effectuée par le Prof. M, médecin chef de la Division de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV à Lausanne. Dans les constatations objectives, l'expert indique que le toucher rectal n'a pas été réalisé car le patient a refusé cet examen à plusieurs reprises. La dernière colonoscopie effectuée remonte à septembre 1993. Ce dernier estime qu'une incapacité de travail peut raisonnablement être évaluée à 50% depuis deux ans et va probablement persister. Cette incapacité est probablement liée en majeure partie aux diarrhées secondaires à la sténose et à la colite ulcéreuse, la fatigue reportée par le patient est probablement secondaire à sa malnutrition chronique. Etant donné la chronicité de l'atteinte colite et la tubulisation du colon gauche, les troubles du transit et notamment l'incapacité à retenir les selles sont susceptibles de persister malgré un traitement médical ou chirurgical. Selon le Dr M, quelle que soit l'approche choisie pour ce patient, une amélioration durable de la capacité de travail ne pourra certainement pas être obtenue en moins d'une année.

L'expert relève que le patient n'a pas donné son accord pour aucune des approches médicales, endoscopiques ou chirurgicales proposées. Il s'agit en effet d'un patient qui met des restrictions importantes quant à sa prise en charge, restrictions qui entrent en partie probablement (toujours selon l'expert) dans un contexte de survivant d'attentat. M. X ne semble pas appréhender de manière correcte les risques qu'il encourt dans sa situation actuelle, risque d'occlusion intestinale et risque de développement d'un cancer, en refusant des approches médicales et endoscopiques. Le Prof M considère que si le patient connaît l'existence des risques qu'il encourt, il en sous-estime de manière importante la probabilité.

L'expert en gastro-entérologie considère que l'intérêt à long terme du patient est

de pouvoir poursuivre et terminer sa formation universitaire, et qu'il est nécessaire d'arriver à un arrangement avec la faculté pour lui permettre de passer ses examens dans des conditions convenables. Si de telles mesures adaptatives ne sont pas envisageables, il indique que le patient est prêt à envisager une réorientation professionnelle dans le cadre de son incapacité de travail à 50%.

En avril 2001, vous nous demandez une expertise psychiatrique. Dans votre courrier vous précisez que l'ensemble du dossier, alimenté par l'assuré lui-même, et les divers contacts avec lui vous laissent suspecter un trouble de la personnalité (type paranoïaque) qui pourrait influencer la capacité de travail et la mise en place de mesures professionnelles. Vous souhaitez que nous nous prononcions sur son état de santé psychique ainsi que sur la date de la survenance de l'atteinte à la santé.

Situation générale :

M. X est né le 17.08.1967 dans un village situé à l'est de l'Iran alors que ses parents, établis depuis peu en Suisse, étaient en vacances. Le père de M. X, militant dans l'opposition au régime iranien, s'est fait assassiner à son domicile le 24.05.1990. Pendant une année, l'assuré part vivre avec sa famille à Paris. De retour à Genève, il échoue par deux fois ses études de médecine et, après avoir essayé d'autres facultés, il étudie la depuis 1997. M. X, célibataire et sans enfant, vit sous le même toit que sa mère, son frère et sa soeur.

1 ANAMNESE

1.A. Anamnèse familiale, personnelle et professionnelle :

M. X est né en Iran mais a toujours vécu à Genève. Son père, a effectué des études de droit en partie à Paris où il se marie et en partie en Suisse. M. X a un frère aîné né en 1965, étudiant, et une soeur cadette qui travaille. L'assuré décrit d'excellentes relations familiales malgré des conditions de vie difficiles due à l'activité politique de son père. Ce dernier travaillait tard le soir à sa thèse et c'est la mère de l'assuré qui s'occupait de l'éducation des enfants. Elle travaillait dans un jardin d'enfants. En 1967, un oncle paternel se fait arrêter par le shah. Le père de l'assuré amène l'opinion suisse et internationale et fonde une organisation de sympathisants pour les prisonniers politiques. Son oncle est alors sauvé de la mort. Une de ses tantes par contre n'a pu échapper, selon l'assuré, à l'assassinat.

M. X évoque une jeunesse marquée par la pression politique exercée tant par la Suisse, que par l'Iran. Vers 1980, son père est nommé ambassadeur d'Iran, ce qui pour l'assuré perturbe sa scolarité en raison d'un déménagement de fonction. Après une année, la famille revient vivre dans leur maison. M. X parvient à terminer sa scolarité et à obtenir son baccalauréat.

En 1989, alors âgé de 22 ans, l'assuré débute des études de médecine. En avril 1990, son père, âgé d'une cinquantaine d'année, se fait assassiner par une arme à feu alors qu'il rentrait chez lui. M. X et sa famille sont à la maison et n'ont rien entendu. C'est la police qui les informe sur ce qui s'est passé en leur interdisant de sortir. M. X dit que 15 personnes ont participé à l'attentat et que chaque membre de sa famille, dont lui-même, étaient suivis depuis plusieurs mois. L'assuré craignait alors de se déplacer.

L'assuré part avec sa famille à Paris, chez _____, jusqu'en avril 1991. A son retour, il reprend ses études de médecine mais, en juillet 1991, sa santé se dégrade et il échoue par deux fois aux examens. Il redouble mais abandonne la médecine l'année suivante car il pense que ses problèmes de santé découlent de ce choix d'orientation.

En 1992, l'assuré tente alors le droit mais réalise bien vite que cela ne lui convient pas. Il commence la mais est recalé en raison de ses problèmes de santé qui le fatiguent et l'empêchent de suivre les cours.

En 1997, à l'âge de 30 ans, il entre en avec un programme adapté. Il suit les travaux pratiques l'après-midi mais ne va pas aux cours le matin. Il est actuellement en deuxième année.

M. X n'a pas pu bénéficier d'une bourse et est très limité quant à ses moyens financiers. Sa mère, âgée de 59 ans, travaille à _____ comme _____ et gagne très peu. L'expertisé vit actuellement avec sa mère, son frère et sa soeur cadette. La mère ne s'est pas remariée après le décès de son mari. Elle est décrite comme quelqu'un de tendu mais pas dépressif, -

_____ et la sœur travaille à _____. Le reste de la fratrie est en bonne santé. L'expertisé est actuellement entretenu d'un point de vue économique par sa mère. L'assuré nie tout antécédent psychiatrique dans sa famille.

L'assuré est peu loquace au sujet de ses relations sentimentales. Il rapporte qu'il a connu à quelques occasions des filles, et a eu aussi des relations sexuelles.

1.B. ANAMNESE MEDICALE :

Selon une lettre du médecin traitant, celui-ci confirme que l'assuré est sous traitement de Duphalac depuis 1995 et de Meriten depuis 1998. Le Dr GU précise que lui-même n'a pas constaté d'intolérance à la signalée par l'assuré en 1993 et que ce dernier présente depuis de nombreuses années une colite ulcéreuse, d'évolution fluctuante, avec symptomatologie chronique.

Dans l'expertise médicale effectuée par le Dr M en novembre 2000 il est signalé que l'assuré a présenté des diarrhées sanglantes au retour de vacances dans le sud de la France en automne 1988, suivies d'une perte de poids de 10 kg en quelques semaines. Un traitement de Prednisone (30 mg) et Pentasa a entraîné une rémission de la maladie pendant une période de deux ans. Une fois le traitement interrompu en raison d'intolérance au Pentasa, l'assuré a présenté des épisodes de diarrhées à prédominance matinale.

Une sténose du colon droit est diagnostiquée en 1994 et le patient présente à cette période 6 à 7 selles par jour. Il est obligé d'évacuer ses selles le matin en utilisant des laxatifs le soir, ce qui lui permet de régulariser son transit l'après-midi. L'assuré n'a pas d'autre antécédent personnel sur le plan physique, et un traumatisme important avec l'assassinat de son père peut être relevé sur le plan psychique. D'autre part, il n'y a pas de cas connu de maladie inflammatoire de l'intestin ou de cancer colo-rectal dans la famille.

M. Xestime avoir une incapacité de travail quasi complète depuis environ 10 ans, qu'il a réussi à maîtriser grâce aux lavements vespéraux et à l'utilisation du **Meriten**. Ainsi le patient estime actuellement son incapacité à 50% du temps soit l'ensemble de la matinée chaque jour.

Les diagnostics retenus sont :

- rectocolite ulcéro-hémorragique intéressant l'ensemble du cadre colique (pancolite)
- stricture probablement d'origine fibrotique, post-inflammatoire, du colon droit
- allergie anamnétique à la
- malnutrition
- discrète anémie ferriprive.

Le Dr M insiste sur la nécessité d'effectuer une colonoscopie de contrôle pour évaluer l'existence d'une dysplasie, Il souligne également le fait que le patient a mis des restrictions importantes quant à sa prise en charge,

restrictions qui entrent en partie probablement dans son contexte de survivant d'attentat. Si le patient est bien informé sur les risques d'une approche chirurgicale il n'est par contre pas bien informé sur les possibilités d'approches médicales et endoscopiques. Par ailleurs ce dernier n'appréhende pas de manière correcte les risques d'occlusion intestinale et de développement d'un cancer.

Le Dr M estime que l'intérêt de M. X est de pouvoir terminer une formation universitaire afin qu'il ait de meilleures chances sur le plan professionnel. Pour cela il conviendrait, en parallèle à un traitement médical et endoscopique, de trouver des arrangements avec la faculté pour le passage des examens. Si de telles mesures ne sont pas envisageables, le patient est prêt à une réorientation professionnelle tenant compte d'une incapacité de travail à 50%.

Consilium avec le médecin traitant le Dr GU en date du 17 août 2001 et du 20 août 2001 :

Le médecin traitant suit M. X depuis 1993, et a l'impression que son patient est attaché à ce suivi. Il signale que la colite est actuellement stable mais nécessite des contrôles réguliers tels qu'une colonoscopie à laquelle l'expertisé ne se soumet pas volontiers. Le médecin traitant a déjà adressé son patient à deux confrères dans le but d'évaluer son état. Il adhère à la proposition de l'expert d'aiguiller M.X vers un suivi de nature psychothérapeutique. Dans l'attente de la réalisation d'un tel suivi, il accepte aussi l'idée de la prescription d'un traitement tel que le **Fluanxol** 2 x 1 mg par jour dans une visée de détente chez l'expertisé.

1.C. ANAMNESE ACTUELLE.

M. X se lève difficilement avant **10h00**. Il est très fatigué en raison de ses levers fréquents la nuit pour aller aux toilettes. Il part de chez lui vers 11h00-12h00 pour se rendre aux cours. Il déjeune à l'Université et suit les travaux pratiques de 13h30 à 18h00. Ensuite il rentre à la maison car il a beaucoup de travail.

L'assuré a quelques amis à la faculté mais ne sort jamais à cause de ses problèmes de santé. Il ne fait aucun sport. Il n'a pas de loisirs et ne voyage jamais en famille. Du point de vue sentimental, il n'a jamais eu de temps à consacrer à cet aspect de son existence étant donné que son principal souci a été de survivre.

Il ne boit pas d'alcool et fume 2-3 cigarettes par jour.

M. X voit le Dr GU une fois par année pour une prise de sang ou en urgence si besoin. Il prend du **Meriten et du Dufalax**. Le **Prednisone** n'est utilisé qu'en cas de crise.

M. X se sent proche de la religion musulmane à laquelle il adhère de plus en plus. Il ne la pratique pas strictement mais lit régulièrement le Coran.

2. INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'ASSURE

2.A. RESUME DES DOCUMENTS FOURNIS PAR L'EXPERTISE :

M. X nous a fournis plusieurs documents en plus de ceux adressés directement à l'OAI. Dans la lettre accompagnant sa demande d'allocations pour impotent du 26 décembre .1998, M. X signale qu'il s'est opposé au versement de sa taxe militaire ayant été congédié de l'armée en raison de son état de santé. Par ailleurs, ayant subi des réserves d'assurances sur son affection, il s'insurge contre le monde médical qui ne tient pas compte de sa symptomatologie « relativement particulière, coriace, éprouvante physiquement et socialement et aboutissant inévitablement après quelques années d'évolution à un certain handicap social, notamment lorsque l'inflammation est généralisée à tout un organe de rétention extrêmement utile ».

L'assuré s'inquiète également de son avenir professionnel et de la durée de la prise en charge de son alimentation artificielle par les assurances. Il précise qu'il ne peut travailler que l'après-midi entre 14h00 et 18h00 « et encore sous certaines conditions relativement restrictives » que lui permet sa situation d'étudiant.

Il s'ensuit un paragraphe plus ou moins incompréhensible sur le fait que les assurances comparent sa situation personnelle à « celle d'un immigré italien », ce qui exacerbe son sentiment d'injustice et justifie son refus de payer la taxe militaire en raison de « décisions négationnistes et particulièrement dégradantes ».

En conclusion, M. X émet des réserves très précises sur la demande ou la transmission de renseignements personnels par l'AI.

Lors de son refus à l'examen complémentaire psychiatrique proposé par l' AI, M. X répond en date du 24 janvier 2000 qu'il ne correspond pas aux « cas qui présenteraient des antécédents objectivés médicalement (dépression,

dépendance, suite d'accidents, etc.) ». L'assuré cite en référence des articles de loi sur la reconnaissance et le droit des handicapés. M. X s'exprime ensuite à la troisième personne pour signifier sa révolte contre le corps médical et son droit à refuser des traitements invasifs.

L'assuré demande à son médecin traitant de faire parvenir à l'AI un complément de dossier médical permettant de spécifier si sa problématique semble être purement «psychologique» et si son handicap se limite seulement à certaines périodes au vu de l'activité de la maladie.

En annexe sont joints :

des copies de factures pour nutrition par voie orale avec les réponses des assurances
deux articles de journaux mentionnant l'assassinat de son père et les ouvertures commerciales de la Suisse vis-à-vis de l'Iran
une lettre du Dr GU.

2.B. INDICATIONS LORS DES ENTRETIENS :

L'expertisé signale d'emblée qu'il ne croit pas avoir de problèmes psychiatriques majeurs. Il se montre très inquiet par rapport à la nécessité de signer une décharge par rapport au secret médical. Son souci dans ce cas réside entre autres dans le fait que les experts demandent ou fournissent des informations à l'université. Lorsqu'il lui est demandé d'expliquer ce souci, il indique dans un discours incohérent que les gens qui ont assassiné son père sont déjà venus une année avant l'assassinat sur le territoire helvétique. Leur maison a alors été surveillée, et donc tout s'est déroulé dans des conditions anormales. En parlant de la situation à l'époque, M. X parle de lui-même en disant : « Moi, en tant que victime d'attentat... ». L'expertisé enchaîne en parlant d'une colonoscopie qu'il a dû subir d'urgence en France quatre mois après l'assassinat de son père, en indiquant que la facture qu'il a alors envoyée à la caisse maladie ne lui a pas été remboursée. C'est ainsi qu'on l'a poussé à quitter cette caisse maladie. Dans une lettre qu'il reçoit et dont il produit une copie, la caisse maladie s'adresse à une personne habitant l'Italie pour une question du remboursement d'une facture. L'expertisé explique que la caisse maladie lui a donné le message suivant : « Vous et votre famille, vous avez le statut d'un immigré italien... ». Le sentiment de M. X est qu'il n'est pas toléré en Suisse. L'expertisé parle aussi d'un sentiment d'injustice qu'il vit constamment au quotidien. , par exemple, se moque de lui. Notamment l'attitude de la caisse maladie qui a émis une réserve lorsqu'elle l'a réadmis parmi ses assurés, est vécue de manière particulièrement douloureuse.

C'est à partir de cette « réserve » que son état global se détériore. Il ne parvient plus à se concentrer et a de plus en plus de problèmes avec ses études. Il ne se sent plus en sécurité à cause de la réserve. Au sujet de celle-ci, il rapporte : « C'est comme si on m'avait assassiné... ». Un sentiment d'injustice est aussi vécu par rapport à la naturalisation qui lui a été refusée dans le cadre de la commune dans laquelle il habite depuis 33 ans. Sur l'ensemble de l'attitude de la caisse maladie et de celle des autorités, il rapporte : « C'est une stratégie... » qui a comme visée de le déstabiliser.

L'expertisé raconte que jusqu'en 1997, il a été poursuivi à Paris comme en Suisse. C'est notamment à l'université qu'il voyait des Iraniens, et ceux-ci é t a i e n t i n f o r m é s p a r . E n 1997, une femme suisse travaillant à la sûreté genevoise a été arrêtée par le juge d'instruction. Celle-ci aurait renseigné l'ambassade d'Iran sur le père de l'expertisé. C'est depuis son arrestation que M.X se sent plus soulagé et moins poursuivi.

M.X a l'impression qu'il y a encore des personnes vivant en Suisse qui sont responsables de la mort de son père, et lui a le rôle de la partie civile dans un procès qui mettra la lumière sur les activités illégales du régime iranien suisse avec lequel les autorités suisses sont de mèche. Dans son rôle de partie civile, il se sent actuellement suivi environ toutes les semaines par des Iraniens. C'est la raison pour laquelle il a peur que les diplomates iraniens puissent lire le rapport des experts à l'AI et l'agresser par la suite..

L'expertisé signale un sentiment de méfiance dans sa relation avec son médecin traitant. C'est depuis la «réserve» qui a été émise par l'assurance qu'il est devenu méfiant et refuse de se soumettre à une colonoscopie de contrôle. Il avoue ne pas être à l'aise et être sur ses gardes même lors de prises de sang de routine.

A plusieurs reprises pendant l'entretien, l'expertisé distille les informations avec une précaution maximale, en signalant à l'expert que « cela reste entre nous... ».

Toujours au sujet de la «réserve », l'expertisé signale son degré de souffrance extrême qui en découle en rapportant : «N'importe qui qui comme moi aurait une « réserve » pareille se serait suicidé... ».

Par rapport à l'assassinat de son père, l'expertisé ne pense pas que les assassins avaient visé spécifiquement les autres membres de la famille en dehors du père. Au sujet de l'impact de cet événement traumatique, il rapporte

Quant à lui-même, il dit : « Moi, je n'ai pas réagi

sur le moment. Plus le temps s'écoule, et plus je me rends compte de ce qui s'est passé... ». Il explique après cela que sa manière de se rendre compte de l'impact de l'événement se fait via un sentiment croissant d'injustice qui se développe à l'intérieur de lui. Il revient alors sur ses problèmes de santé qui découlent tous de la « réserve » émise par l'assurance maladie.

M. X situe le début de ses difficultés digestives déjà un an avant le décès de son père. Il s'est demandé par la suite si ce n'était pas une tentative d'empoisonnement en réalité destinée à son père. C'était « comme un contact avec un toxique », rapporte-t-il. Le berger allemand qui vivait avec eux a eu les mêmes symptômes que lui. L'assuré pense que les assassins les surveillaient alors depuis deux ans avec le soutien du gouvernement suisse qui fermait un oeil là-dessus.

L'assuré a mal au ventre tous les matins jusqu'à midi même avec le Meriten. S'il mange normalement, il a mal toute la journée. Il ne souffre d'aucune autre douleur. Il ne veut pas se faire opérer car il n'est pas encore sûr du diagnostic. Il est possible que ce soit la maladie de Crohn. Dans ce cas une opération ne changera rien.

Moralement M. X se sent bien car il estime que son problème est plutôt d'ordre social. L'attente d'une réponse de l'AI l'inquiète. Il pense néanmoins qu'une personne ayant moins de résistance nerveuse que lui se serait déjà suicidée. L'assuré désire continuer ses études et devenir II doit passer les examens de la deuxième année en sans environ six mois. Dans le cas où il ne passerait pas l'année, il souhaiterait recevoir l'aide de l'AI pour pouvoir travailler par exemple comme L'expertisé demande à recevoir une rente AI. Quant au degré de la rente, il l'estime tantôt à 50% tantôt à 100%. Si l'AI lui refuse une rente, il est prêt à aller devant les tribunaux.

M. X n'a pas d'image de son père assassiné car il ne l'a vu qu'à la morgue. Cependant, il habite toujours dans la même maison et, chaque fois qu'il sort il regarde l'endroit où ce dernier a été assassiné. Il ne peut pas dire ce que cette mort a provoqué chez lui sinon qu'il se sent irrité car il ne sait pas ce qui s'est réellement passé. Il rapporte également que la vision de plaques automobiles iraniennes le replongent dans le passé et le déstabilise surtout sur le plan de la concentration.

L'assuré n'a jamais eu de soutien psychothérapeutique et ne pense pas, dans un premier temps, que cette démarche puisse lui être utile. Il ne se fie pas aux psychiatres et il ne veut pas être étiqueté car il compte trouver du travail. Il n'est cependant pas opposé à consulter une psychologue femme qui, selon lui, est plus ancrée dans la réalité. Lorsqu'il voit l'expert homme, il formule une

demande d'un suivi psychiatrique par ses soins. Il reconnaît alors qu'il a un certain problème psychologique qui mérite un traitement. Toutefois, quelques minutes auparavant, il disait qu'un traitement psychiatrique. n'était pas nécessaire dans son cas, et que l'approche préférable serait la prescription de l'hormone testostérone. M. X espère que sa santé s'améliorera lorsque la question de la rente AI sera résolue.

A la fin du dernier entretien, l'expertisé exprime encore une fois un fort sentiment d'inquiétude par rapport au fait que les autorités iraniennes puissent lire le rapport des experts, ce qui pourrait menacer sa vie. L'expertisé considère qu'étant donné que son oncle vivant actuellement en Irak est l'opposant numéro un du régime, il se trouve également sur la liste des personnes à éliminer pour les autorités iraniennes.

Echelle subjective :

Le Beck Depression Inventory (BDI) de 26 items (modifié) révèle un score de 10 points. Seuls les items suivants sont notifiés :

- se fâche ou s'irrite plus facilement qu'autrefois
- s'intéresse moins aux autres qu'autrefois
- éprouve des difficultés à se concentrer pendant plus de quelques minutes
- est plus facilement fatigué que d'habitude
- a involontairement perdu plus de 7 kg (poids normal : 60 kg)
- observe avec plus d'attention son corps afin de pouvoir réagir à temps en cas de maladie
- se réveille et se rendort après quelques minutes
- globalement dort deux heures plus longtemps qu'à l'accoutumée.

3 CONSTATATIONS OBJECTIVES :

M. X, venu en train, arrive légèrement en avance et vient frapper spontanément au bureau de l'expert afin de lui signaler sa présence. Soigné, bien habillé en costume-cravate, l'assuré a une apparence polie, voire obséquieuse. Il exprime d'emblée sa révolte quant à subir une expertise psychiatrique et rapporte qu'il n'a été d'accord de le faire que parce que son médecin lui a dit que son passé d'attentat pouvait influencer le cours de sa maladie. Toutefois, M. X se montre très collaborant avec les experts, et l'on ressent une recherche de contact. L'expertisé est orienté aux quatre modes. L'assuré a un discours incohérent, circonstancié et souvent confus. Il passe du coq à l'âne, mais aucun autre élément maniforme n'est observé. Le débit verbal

est normal ainsi que le volume de voix. Des sottises motivées sont présentes pendant l'entretien.

M. X se centre immédiatement sur ses difficultés asséurologiques et, par la suite, y reviendra sans cesse. Il exprime également souvent son sentiment d'injustice face à la société ainsi que sa méfiance et sa rancune par rapport au gouvernement suisse. Les propos sont plutôt orientés sur l'extérieur, les autorités médicales, politiques et asséurologiques en particulier.

Concernant son anamnèse familiale et personnelle, l'assuré, dit d'emblée qu'il ne répondra pas à toutes les questions, en particulier à celles concernant sa famille directe. Peu d'informations précises sur ses relations affectives, parentales et fraternelles peuvent être obtenues. Par contre, M. X donne force détails sur sa maladie et sa façon de la gérer.

Pendant tout l'entretien, M. X s'exprime sur un ton revendicateur et détaché. Aucune émotion ne transparaît ni physiquement ni verbalement. Toutefois, lorsque le décès de son père est abordé de manière insistante par l'expert, l'assuré laissera échapper un cri comme un sanglot contenu et se recroquevillera sur lui-même. Un voile de larmes apparaît aussi. L'assuré se reprend cependant très rapidement et n'élabore pas du tout ce raptus émotionnel.

De manière générale, M. X a un discours laborieux et peu clair. Aucun affect n'est nommé à part une irritation épisodique que l'assuré attribue encore une fois à un extérieur hostile et incompréhensif.

Au deuxième entretien, M. X arrive une heure en avance. Toujours soigneusement vêtu, il porte une mallette en cuir. L'assuré transpire et est plus tendu que la première fois. Néanmoins, il paraît assez content d'être là et d'avoir un contact avec l'expert qu'il désirerait revoir.

L'assuré se montre très étonné du contenu des tests et rigole lorsqu'il lit les questions. Il demande par la suite à l'expert son avis sur une prise en charge psychologique. Bien vite, il revient néanmoins sur les pressions politiques et asséurologiques dont il se sent la victime.

En partant, M. X refuse de signer l'attestation autorisant le médecin à être délié du secret médical. Il désire auparavant téléphoner à son médecin traitant pour prendre une décision à ce sujet. C'est seulement après avoir été rassuré par l'expert lors du troisième entretien qu'il accepte, après lecture minutieuse du document, de signer la décharge.

Examen clinique :

L'évaluation sur l'échelle de la dépression de Hamilton de 21 items révèle un score de 7. On note en particulier :

- absence de sentiment de tristesse
- absence de sentiment d'impuissance
- absence de sentiment de culpabilité
- absence d'idée suicidaire
- sommeil perturbé
- sentiment de faiblesse se rapportant aux activités professionnelles
- pensée et élocution normales
- agitation motrice légère
- tension subjective et irritabilité
- absence d'anxiété somatique
- appétit conservé
- fatigabilité
- absence de modification de la libido
- conscience morbide de la maladie
- tendance persécutive
- absence de symptômes psychotiques ou obsessionnels-compulsifs.

Ce score indique l'absence d'un état dépressif clinique. Dans ce sens, ce résultat est concordant avec l'échelle subjective **BDI**.

4. DIAGNOSTIC :

Axe I :

- **F20.00 (295.30) : Schizophrénie de type paranoïde, continue**

Axe II :

- **R46.8 (799.9) : Diagnostic différé**

Axe III :

- Colite ulcéreuse

Axe IV:

- Problèmes avec le groupe de support principal (assassinat du père)
- Problèmes liés à l'environnement social (isolement)
- Problèmes économiques (insuffisance de revenu)
- Problèmes psychosociaux et environnementaux (conflits avec les instances sociales)

Axe V:

EGF de 40 : **Existence d'une certaine altération du sens de la réalité avec déficience majeure dans plusieurs domaines.**

5 DISCUSSION

5.A. CONSIDÉRATIONS PSYCHOLOGIQUES :

L'existence de M. X a basculé le jour où son père s'est fait assassiner. Par ailleurs, ce dernier a été pendant une bonne partie de sa vie exposé à des menaces politiques qui obligeaient sa famille à se protéger et à vivre en vase clos. L'assuré, après avoir vécu pendant longtemps dans un climat d'insécurité et de stress, a été confronté à un événement traumatique dont la sévérité et la proximité directe ont entraîné une symptomatologie physique et psychique persistante.

Etant donné les conditions de vie particulières de cette famille, il est possible que M. X ait internalisé une représentation de la réalité hostile et menaçante. La forte identification de ce dernier aux valeurs politiques et intellectuelles paternelles laisse peu d'espace à l'expression des affects.

Déjà fragile sur le plan physique et psychique, M. X a néanmoins passé son baccalauréat et initié des études de médecine. Les circonstances dramatiques liées au décès de son père ont cependant eu raison de ses efforts d'adaptation et ont induit, si ce n'est précipité, une désafférentation personnelle et relationnelle.

Depuis 1990, ainsi que le dit l'assuré, ce dernier a essayé de survivre. La lutte menée contre la maladie et les instances médicales a monopolisé toute son énergie et a évité certainement un effondrement de la personnalité. Centré sur lui-même de manière quasi autistique sans relation affective en dehors de sa famille, M. X maintient un contact minimal avec l'extérieur par le biais de l'Université. Ce seul lien avec la réalité lui permet de garder un ancrage

socioprofessionnel indispensable.

Il y a peu d'expression de symptômes dépressifs malgré une souffrance psychique perceptible et dévastatrice, ainsi que le témoigne le raptus émotionnel durant l'entretien. Il semble que ce manque de ressentiment sur le plan affectif soit en partie dû à une éducation basée sur l'intellectualisme plutôt que sur l'émotionnel, et en partie une protection contre des affects perçus comme destructeurs. Dans ce sens, la symptomatologie somatique sert de contenant et constitue un étayage protecteur sur lequel l'assuré focalise toute son énergie.

N'ayant pu faire le deuil d'un père enlevé subitement et dont le crime est resté impuni, M. X utilise la voie procédurière et exprime sa colère envers les autorités quelles qu'elles soient (médicales, gouvernementales, asséurologiques). Le besoin de reconnaissance et de justification est canalisé chez l'assuré sur un mode revendicateur paranoïaque.

5.B. CONSIDERATIONS CLINIQUES.

Il est très difficile dans le cadre des indications subjectives de l'expertisé de faire la part des choses entre ce qui est de l'ordre du réel et ce qui est de l'ordre du délire. La famille X a certainement été surveillée et menacée pendant des années par des agents iraniens. Il se peut que ce soit aussi le cas aujourd'hui. L'oncle de M. X est décrit par celui-ci comme étant l'opposant numéro un du régime iranien actuel, et il réside en Irak. Plusieurs indications de la part de l'assuré, qui peuvent paraître dans d'autres cas comme des interprétations paranoïaques, peuvent être en effet des réalités. Toutefois les interprétations, comme la lettre de la caisse maladie avec l'importance conférée à la « réserve » ou l'attitude méfiante envers le médecin traitant, sont des exemples qui indiquent la véritable présence de troubles de la pensée de type paranoïaque par rapport auxquels l'expertisé n'a aucune critique.

L'expertisé présente une pathologie psychiatrique majeure depuis de nombreuses années, qui est une schizophrénie de type paranoïaque. Il présente des idées délirantes systématisées de type paranoïaque, mais des hallucinations ne sont pas rapportées. Le discours est désorganisé, avec une incohérence, une confusion et un passage du coq à l'âne. Au niveau des symptômes négatifs, un certain repli social est probable. Un émoussement affectif semble exister également, mais l'ensemble de ces symptômes ne sont pas rapportés spontanément par l'expertisé qui demeure globalement anosognosique par rapport à la gravité de son état.

Le tableau est chronique et présent probablement depuis plus de dix ans. Il est

possible que jusqu'en 1997, ce trouble ait été encore plus sévère, mais même actuelles lent, le handicap qu'il induit est très significatif.

Au niveau thymique, on ne constate pas d'atteinte clinique significative. Il ne s'agit donc pas d'un trouble schizo-affectif. Des signes de la série maniaque ne sont pas diagnostiqués non plus.

Nous avons investigué la possibilité d'un syndrome de stress post-traumatique lié à l'assassinat du père. Les symptômes intrusifs ne sont pas signalés, l'évitement n'est pas présent, et une activité neurovégétative n'est pas significative. Ce diagnostic doit donc être écarté.

Au niveau de l'axe II de la personnalité, la présence de symptômes psychotiques domine le tableau et ne permet pas de mettre en évidence un éventuel trouble de la personnalité sous-jacent.

L'expertisé n'a jamais bénéficié d'aucun suivi spécialisé de nature psychologique ni de la prescription d'un traitement psychotrope neuroleptique. Il est suivi par son médecin interniste tous les trois à six mois environ, avec qui il a établi globalement une relation de confiance. Celui-ci ne parvient pas à l'aiguiller vers un suivi de nature psychologique. Toutefois, pendant l'entretien avec les experts, M. X a formulé une demande de soins par ceux-ci. Il n'est donc pas exclu qu'il puisse bénéficier d'un suivi de cette nature, qui est le seul à même de pouvoir améliorer dans une certaine mesure son état psychique. La prescription d'un traitement neuroleptique est certes souhaitable, mais il est loin d'être sûr que ce traitement puisse amender l'attitude de type paranoïaque globale de cet expertisé envers la vie et les autorités en général. Il se peut toutefois que la méfiance exprimée diminue sous ce traitement, ce qui pourrait permettre éventuellement la prescription de traitements préventifs dans le cadre de la colite tels qu'une colonoscopie qui paraît indispensable à ce stade.

6. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL :

1. Il est certain que les troubles évoqués ci-dessus ont entraîné une limitation sur le plan psychique et social. La survenue d'un événement traumatique en avril 1990 a induit la persistance d'une symptomatologie physique et psychique ainsi qu'une désafférentation affective et sociale allant en s'aggravant.
2. Devant sans cesse lutter contre l'envahissement d'affects destructeurs et limité par une atteinte somatique invalidante, l'assuré a dû trouver un aménagement adéquat pour réaliser des études. Le cadre universitaire a

permis en fin de compte à M. X de garder un ancrage social et de ne pas le marginaliser totalement par rapport au monde du travail.

Une diminution de rendement effectif a débuté en avril 1990. Depuis lors, à cause de motivations personnelles et d'un état de santé précaire, l'assuré n'a pu mener à terme ses études. En octobre 1997, M. X. entre à la faculté de et arrive à trouver un arrangement qui lui permette de suivre les cours selon ses possibilités. L'assuré assiste donc aux cours seulement les après-midi, et a pu bénéficier de la possibilité de passer les examens de l'année passée l'après-midi plutôt que le matin. L'assuré indique qu'il a réussi les examens de la première année en et si on utilise ce critère, on peut considérer que dans l'activité d'étudiant, l'expertisé a au moins une capacité de travail qui peut être estimée à 50%.

3. Malgré les troubles psychiques évoqués ci-dessus, l'assuré a été en mesure de s'adapter à un environnement universitaire. La réussite de la première année en est quelque part étonnante du point de vue des experts, au vu du discours confus, voire quelque part incohérent de l'expertisé. Il se peut toutefois que dans ce domaine professionnel précis, dénué de tout élément affectif, l'expertisé maintienne un niveau de concentration et de cohérence différent de celui manifesté au cours de l'expertise. Il faut préciser que le milieu universitaire ne correspond pas nécessairement pleinement aux exigences du monde du travail, et la capacité de travail réelle de l'expertisé sur le marché lucratif reste encore difficile à évaluer au stade actuel.

7. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE:

1. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pour l'instant pas nécessaires puisque M. X a, semble-t-il, réussi sa première année de . Dans son intérêt, ainsi que le signale le Dr M, la possibilité de terminer une formation universitaire donnera à long terme de meilleures chances à l'assuré sur le plan professionnel. L'expertisé attend actuellement les examens de la deuxième année, qui sont prévus pour le mois d'octobre 2001 ou pour le mois de février 2002. Il rapporte qu'il se sent optimiste par rapport à ses chances. La durée globale des études en est de trois ans. Par la suite, l'expertisé espère pouvoir effectuer un travail de diplôme pendant une année, et chercher du travail sur le marché privé.

Si l'expertisé parvient effectivement à réaliser ses plans, ce sera probablement la voie préférable pour lui. S'il échoue à ses examens de la

deuxième année, il souhaiterait alors obtenir l'aide de l'AI en vue d'un éventuel recyclage. Il souhaiterait dans ce cas-là pouvoir consulter un , conseiller en orientation professionnelle de l'AI.

2. Etant donné le peu d'introspection de l'assuré, un traitement psychothérapeutique s'avère difficile. Néanmoins, M. X n'est pas opposé à un soutien psychologique qui pourrait l'aider à élaborer sa souffrance émotionnelle, mais paraît plutôt ambigu à ce sujet. Si l'assuré accepte une telle démarche et qu'il est accessible aux traitements médicaux proposés, il est possible qu'il puisse récupérer une capacité de travail supérieure à 50%.

8. INVALIDITE :

Comme spécifié ci-dessus, M. X présente une atteinte partielle (50%) à la santé psychique invalidante au sens de l'AI dans son activité actuelle d'étudiant à l'université, et ceci depuis le 20.04.1990. L'évaluation d'une capacité de travail dans le métier d'étudiant n'est pas aisée, parce que la fréquentation en soi des cours n'est pas un critère pour la capacité de l'expertisé à réussir les examens. Si M. X échoue à ses examens de deuxième année en , sa capacité réelle de travail dans une activité d'étudiant devrait être réévaluée à un taux inférieur, voire nul, et des mesures de réadaptation professionnelle seraient dès lors à envisager.

Sur la base de l'expertise médicale du CHUV et de l'expertise psychiatrique du Dr. G, l'office AI a, par décision du 18 février 2002, accordé une rente entière d'invalidité au demandeur avec effet dès le 1er janvier 1998 pour un degré d'invalidité de 75%. Dans les considérants de cette décision, on peut lire que l'office AI a estimé que le demandeur présentait une incapacité de travail depuis le 1^{er} avril 1990, qui lui ouvrait le droit à une rente depuis le 1er avril 1991, mais que dans la mesure où il n'avait déposé sa demande qu'en janvier 1999 les prestations ne pouvaient lui être octroyées que pour les douze mois précédant la demande, soit dès le 1^{er} janvier 1998.

5. Suite à la décision de l'AI, le demandeur a fait valoir auprès de I les prestations découlant de son assurance capital d'invalidité.

La défenderesse a alors examiné le dossier du demandeur afin d'établir son droit aux prestations. A cet effet, elle a requis du demandeur, par courriers des 2 et 21 août 2002, qu'il lui transmette divers documents (certificat médical, annonce d'incapacité de gain, décision AI).

Par courrier recommandé du 17 octobre 2002, la défenderesse a signifié au demandeur que les contrats d'assurance capital invalidité et d'assurance risque-vie étaient nuls, s'exprimant en ces termes:

"Monsieur,

Nous nous référons à nos diverses correspondances ainsi qu'aux divers entretiens téléphoniques que vous avez eus avec Mme B.

Nous avons entretemps réexaminé votre demande sur la base des documents que vous avez mis à notre disposition (motivation de l'AI et certificat médical du Dr Gu). L'AI reconnaît une incapacité de travail de 75% à partir du 1^{er} avril 1990, ceci à la suite des expertises que l'AI avait demandées.

Pour faire valoir les droits au capital d'invalidité, la date effectif (*sic*) du début d'incapacité de travail est déterminante. Cette date doit être située avant (*rede:* après) la date de conclusion d'assurance. L'assurance capital d'invalidité Z a été conclue avec effet immédiat au 1^{er} juillet 1993. Lorsqu'un sinistre est déjà survenu lors de la conclusion d'assurance, le contrat d'assurance est nul et non avenu

Le fait que vous n'aviez aucune connaissance de votre maladie à la date de conclusion de l'assurance est malheureusement sans importance.

Sous ces circonstances, nous nous voyons obligés d'annuler votre assurance capital d'invalidité avec effet au début d'assurance.

Vous avez également conclu une assurance-risque sur la vie avec effet au 1.1.1994. Conformément à l'art. 2, al. 3 des Conditions Générales, une admission à l'assurance-risque sur la vie ne peut s'effectuer qu'à condition que le candidat soit complètement capable de travailler au moment de l'admission. Etant donné que l'incapacité de travail a déjà existé à ce moment, nous nous voyons obligés d'annuler également cette assurance avec effet au début d'assurance (1.1.1994).

Néanmoins, nous sommes disposés de vous rembourser les primes payées depuis le début d'assurance:

Assurance capital d'invalidité, 3 groupes de prime:
Remboursement du 1.7.1993 au 30.9.2002 (111 mois à fr. 15.-) fr. 1'665.-

Assurance-risque sur la vie, 10 groupes de prime:
Remboursement du 1.1.1994 au 30.9.2002 (105 mois à fr. 30.-) fr. 3'150.-
Au total fr. 4'815.-

Afin que nous puissions vous rembourser ce montant, nous vous prions de bien vouloir nous communiquer vos coordonnées de versement.

Regrettant de ne pas pouvoir vous donner une meilleure réponse, nous vous prions d'agréer (...)"

Le certificat médical du Dr. Gu auquel la défenderesse fait référence, datant du 30 septembre 2002, mentionne sous la rubrique "cause de l'incapacité de travail / de gain": "1) colite ulcéreuse depuis 1989 (selon expertise gastro-entérologique) 2) Etat paranoïde (selon expertise psychiatrique de 2001)". Il indique aussi,

sous la rubrique "traitements ambulatoires", être le médecin traitant du demandeur depuis 1989 et sous la rubrique "Anamnèse et évolution du cas", "colite ulcéreuse d'évolution fluctuante, actuellement stable". Enfin, le Dr. Gu écrit que l'incapacité d'exercer la profession habituelle est à 75% dès le 1^{er} avril 1991 "selon exp. AI" et qu'on ne peut pas prévoir une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail.

Le demandeur a contesté, en vain, la résolution de ses contrats par la défenderesse et sollicité des explications à plusieurs reprises.

6. Une expertise a été mise en oeuvre en cours de procédure et confiée au Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après: DUPA). Le rapport, rendu le 21 décembre 2005 par les docteurs J. Gasser et Ph. Delacrausaz, est partiellement reproduit ci-dessous (p. 2 — 10).

ELEMENTS ANAMNESTIQUES

M. X est né le 27.08.1967 en Iran, alors que ses parents y passaient des vacances. Il a toujours vécu à Genève. Il est le deuxième d'une fratrie de trois avec un frère aîné, né en 1965 et une soeur cadette, née en 1974. Sa mère est d'origine française et a épousé son père, d'origine iranienne, qui effectuait ses études de droit à Paris et en Suisse. La famille paternelle, active politiquement, était opposée au régime du Shah et a subi des répressions. Le père de l'expertisé s'est installé vivre en Suisse avec sa femme et ses enfants, d'où il est resté actif sur le plan politique. M. X décrit des souvenirs de famille unie et garde en mémoire une ambiance fortement marquée par de nombreuses pressions politiques. Après la révolution islamique iranienne, le père de l'expertisé est nommé ambassadeur d'Iran auprès des Nations Unies, mais ne garde ses fonctions qu'une année, en raison de divergences avec le nouveau régime. Durant cette période, la famille déménage puis reviendra vivre dans son domicile. L'expertisé est alors adolescent et, malgré des changements d'école, obtient son baccalauréat.

M. X ne souhaite pas fournir davantage de renseignements sur son enfance et son adolescence, ainsi que sur sa famille. Il révèle toutefois qu'il n'existe pas, à sa connaissance, de troubles psychiatriques dans la famille.

C'est en 1988, à l'âge de 21 ans, que M. X éprouve les premières difficultés dans sa santé avec des manifestations de diarrhées sanglantes lors de vacances dans le sud de la France, qui seront suivies d'une perte de poids d'environ 10 kg en quelques semaines. Les investigations

menées aboutissent au diagnostic de recto-colite ulcéro-hémorragique (RCUH). Un traitement à base de Prednisone et de Pentasa est prescrit, qui améliore progressivement la situation. La Prednisone peut être graduellement diminuée puis stoppée sur une période de deux ans, alors que le Pentasa doit être interrompu en raison d'une intolérance. En 1989, M. X s'inscrit en médecine et c'est dans le courant de cette année académique que, le 24.04.1990, son père est assassiné par arme à feu près du domicile familial, au cours de ce qui passera rapidement pour un assassinat politique mettant en cause le gouvernement iranien. Environ six mois plus tôt, le chien de la famille était décédé, apparemment d'empoisonnement selon M. X, après avoir présenté des symptômes similaires à ceux de la RCUH. M. X envisage un moment la possibilité que sa maladie pourrait avoir été causée par un empoisonnement.

Suite à cet attentat, la famille, bouleversée et se sentant menacée à son tour, décide de quitter Genève pour Paris et M. X interrompt ses études. La famille revient à Genève au printemps 1991. M. X demande à être inscrit pour le semestre d'été mais est refusé, ce qu'il vit comme une injustice. Pendant que sa famille se réinstalle en Suisse, il repart quelque temps à Paris. Quelques investigations de sa RCUH sont effectuées à Paris. M. X est très contrarié de la lenteur du remboursement par sa caisse maladie d'alors, l'A, et décide de résilier son assurance. Lorsqu'il désire se réinscrire à son retour en Suisse, il se voit expliquer que ce n'est possible qu'avec une réserve de 5 ans sur sa RCUH. Il décide alors de changer de caisse et s'inscrit auprès de la Z en janvier 1993. L'année 1992 a été stable sur le plan de la RCUH et M.X est bien décidé à s'inscrire aux examens de première année de médecine en juillet. En date du 5.03.1993, le Dr G évoque dans son certificat médical pour la Z: "état de santé bon sans traitement médical actuellement pour sa RCUH connue. Pronostic favorable". Aucune référence à un trouble psychiatrique n'est faite. C'est en avril, puis en juin 1993 pour confirmation que la Z accepte M. X mais avec une réserve de 5 ans sur la RCUH. Cette décision, survenant dans un contexte d'événements stressants pour M. X (proximité des examens, difficultés dans les suites de l'enquête sur l'assassinat de son père), est vécue par lui de manière intense comme une volonté de l'empêcher d'accéder à des soins. Dans ce contexte de stress important, M. X échoue à ses examens et doit quitter la Faculté de médecine. Par la suite, il présentera plusieurs aggravations de sa RCUH avec traitement par Duphalac en 1995 et Meriten en 1998, qui est un complément protéique nécessaire en cas d'apport nutritif insuffisant. Il s'inscrit en droit qu'il quitte au bout d'un an puis déménage dans le canton de Vaud et s'inscrit en chimie, où il parvient à réussir la première année, grâce notamment à un aménagement des horaires lui épargnant les matinées, toujours plus symptomatique sur le plan intestinal. Cependant, une asthénie devient progressivement importante, en lien notamment avec la dénutrition et les efforts de concentration sont plus difficiles à faire. C'est dans ce contexte que M. X se résout à

déposer une demande auprès de l'AI en 1999, laquelle dans un premier temps est refusée par cet office. Afin d'évaluer la situation sur le plan médical pour apprécier le droit à la rente, M. X est expertisé sur le plan gastro-entérologique par le Professeur M et sur le plan psychiatrique par le Dr G. Celui-ci pose le diagnostic de schizophrénie paranoïde continue et estime une incapacité de travail de 50% présente dès 1990, soit dès l'assassinat du père. De son côté, le Professeur M évoque également une incapacité de travail de 50%, probablement depuis 1998. L'OAI évalue à 75% le degré d'incapacité de travail de M. X, donnant droit à une rente entière et décide de sa date de début au 1^{er} avril 1990.

Suite à cette décision, M. X demande à la Y Assurances (qui a entre-temps repris les activités d'assurance vie et d'invalidité de la Z) le versement du capital invalidité prévu dans le contrat. Cette demande se heurte au refus de la Y, au motif que, l'invalidité ayant été déclarée présente dès 1990, le contrat passé en 1993 devient caduque.

Suite à l'expertise chez le Dr G, M. X a pu envisager d'accepter l'aide d'un psychiatre et a entamé un suivi à l'automne 2004, consistant en des entretiens et un traitement pharmacologique de Zyprexa (neuroleptique). M. X n'a pas souhaité, malgré nos demandes, que nous puissions avoir un contact avec ce thérapeute.

STATUS

M. X est un homme de 38 ans, paraissant plus jeune, de corpulence mince, qui se présente aux rendez-vous fixés avec ponctualité, habillé de façon correcte, muni de divers documents qu'il souhaite nous remettre d'une séance à l'autre, suivant le cours des entretiens.

Avant le premier rendez-vous (entretien de mise en œuvre), qui a lieu avec Me C, représentant la Y Assurances, M. X qui n'a plus de conseil pour le représenter se montre extrêmement tendu et angoissé, téléphonant à de nombreuses reprises pour divers motifs, manifestant beaucoup d'insistance. A l'occasion de ce premier entretien, il est visiblement très tendu, agité, logorrhéique, virulent dans ses propos à contenu persécutoire et il manifeste quelques troubles du cours de la pensée, sous forme de digression et d'une pensée circonstanciée.

Par la suite, pour les entretiens suivants, M. X se montre nettement moins tendu et inquiet, rassuré par la connaissance qu'il a des lieux et des personnes mandatées pour son expertise. Il peut verbaliser ses craintes vis-à-vis de cet examen, craintes qui prennent rapidement une

coloration persécutoire quant à l'utilisation qui pourrait être faite par la justice des données ainsi recueillies. Dans ce contexte, M. X s'oppose jusqu'au bout à délier ses médecins-traitants du secret médical, préférant rester dans le contrôle des informations qui parviendront à la justice par le biais des experts.

Contrastant avec ce vécu persécutoire exprimé par M. X, on ne relève dans le même temps pas de difficulté à établir une bonne relation de collaboration, au sein de laquelle il manifeste des marques de confiance.

Très soucieux de parvenir à expliciter ses difficultés, M. X se montre par , moments logorrhéique, toutefois sans fuite des idées et en respectant facilement et avec déférence le cadre des entretiens. On ne relève pas de fuite des idées ou de désinhibition du comportement en lien avec cette logorrhée.

Sur le plan du cours et de la forme de la pensée, on ne relève pas de réponses à côté, pas de pensées barrées, pas d'incohérences, pas de néologismes. On relève une légère désorganisation de la pensée en situation d'anxiété importante.

Le contenu de la pensée laisse apparaître des préoccupations majeures à thèmes de persécution, qui s'organisent et se construisent à partir d'éléments de la réalité interprétés sur un mode par moments délirant. On ne relève pas d'autre thème délirant, ni de bizarreries des contenus.

M. X nie toute présence de phénomène d'automatisme mental ou d'autres expériences d'influence. Il n'exprime pas avoir vécu d'épisodes hallucinatoires, de quelque modalité qu'ils soient, ni de moments de dépersonnalisation ou de déréalisation.

Sur le plan affectif, M. X dit être passé par de longues phases d'abattement, voire de désespoir, mais sans idéation suicidaire. L'affect prédominant reste cependant l'anxiété, par moments intense, que M. X peut identifier comme telle et qu'il décrit comme douloureuse à vivre. Au moment de l'expertise, M. X n'exprime pas de tristesse apparente, ni de manifestations du registre hypomaniaque ou maniaque. On ne remarque pas d'émoussement affectif. M. X se plaint d'une asthénie fluctuante, mais par moments très intense, véritablement handicapante. Il se dit par ailleurs très gêné par ses symptômes gastro-intestinaux sur le compte desquels il met une partie de ses difficultés relationnelles et de son retrait social.

Sur le plan cognitif, M. X décrit des difficultés de concentration et de mémorisation lui semblant s'aggraver au fil du temps et lui rendant éprouvante l'activité des études. On ne relève pas de troubles de la vigilance, de l'attention, de l'orientation ou de la mémoire à l'occasion des entretiens.

DIAGNOSTICS (selon la classification internationale des troubles mentaux et du comportement — CIM-10)

- ❖ Trouble délirant persistant (paranoïa) (F22.0)
Recto-colite ulcéro-hémorragique

DISCUSSION

Nous nous attarderons peu, dans cette discussion, sur la dimension somatique des troubles que présente **M. X**, en raison de la clarté de la situation sur ce plan et nous nous concentrerons sur la partie psychiatrique. Du point de vue somatique, M. X souffre d'une RCUH avec une poussée inaugurale à l'âge de 21 ans, suivie d'une bonne évolution dans un premier temps (jusqu'en 1993), avant d'évoluer plus défavorablement. Nous n'avons pas estimé nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation gastro-entérologique, au vu de l'expertise du Professeur M, du CHUV, datée du 8.12.2000. Celle-ci met bien en évidence la chronicité du trouble, son développement et son évolution possible vers une aggravation, notamment en raison des complications toujours possibles (occlusion intestinale ou cancérisation des lésions). Il est également rappelé qu'il n'existe pas de traitement curatif pour cette affection et que les traitements existants sont à visée symptomatique et impliquent également le recours à des investigations invasives répétées (colonoscopie., par exemple) afin de déceler précocement des signes de complication.

Notre évaluation psychiatrique rejoint l'avis du Dr G dans son expertise pour l'AI datée du 27.08.2001, lorsqu'il met en évidence chez M. X la présence d'une pathologie psychiatrique chronique. Notre appréciation diffère cependant sur quelques points, en particulier le diagnostic. Le Dr G pose le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde (qui apparaît par ailleurs sous le vocable inexistant "schizophrénie de type paranoïaque" dans le texte), alors que de notre point de vue, M. X souffre d'un trouble délirant persistant, aussi appelé paranoïa. Cette distinction nous paraît importante en ce qui concerne M. X et nous allons tenter de nous en expliquer.

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique d'origine multifactorielle qui entraîne une désintégration de l'identité de la personne qui en est atteinte, et qui se manifeste par des troubles de la pensée (désorganisation, perte de la logique, etc.), du comportement et des affects qui ont généralement un retentissement important dans tous les secteurs de la vie de la personne. Ces troubles entraînent fréquemment des difficultés à gérer les actions les plus simples du quotidien comme planifier un déplacement ou organiser une rencontre, par exemple. Dans sa forme la plus fréquente, la forme paranoïde, la schizophrénie se manifeste par la présence d'hallucinations, le plus souvent auditives, ainsi que par des idées délirantes, fréquemment de type persécutoire, souvent bizarres et sans lien avec le vécu ou l'histoire de la personne. On observe souvent également des manifestations dites d'automatisme mental, la personne devant effectuer des actions ou des pensées sous la contrainte de forces ressenties comme extérieures, souvent hostiles ou malveillantes. Cet ensemble de symptômes s'accompagne souvent d'une atteinte progressive des capacités cognitives (mémoire, concentration, raisonnement) et sociales (retrait progressif, indifférence pour les autres, perte des intérêts antérieurs). Cette pathologie évolue généralement par phases dites de décompensation dans lesquelles la personne est envahie par ces symptômes et perd le contact avec la réalité. Une hospitalisation en milieu psychiatrique est alors souvent nécessaire. Au cours de cette affection il existe un risque suicidaire par moments très élevé, qui conduit à environ 10% des personnes atteintes de schizophrénie à mettre un terme à leur existence. Dans les situations les plus favorables, les malades n'expérimentent qu'une décompensation et se remettent ensuite sans grandes séquelles. Dans d'autres cas, ces périodes de décompensation se multiplient et des séquelles durables se manifestent sur le plan des modes de pensée, des affects et des comportements. Dans les cas les plus sévères, une institutionnalisation est nécessaire, ainsi que des mesures de soutien sur le plan civil, par le biais d'une tutelle, par exemple. Dans tous les cas, ces sujets présentent une [vulnérabilité au](#) stress très importante avec toujours un risque de nouvelles décompensations. L'intégration professionnelle de ces personnes est souvent rendue précaire par les exigences constantes et croissantes du monde du travail

Le trouble délirant persistant est une affection qui se noue autour d'une interprétation erronée de la réalité, qui se manifeste le plus souvent sous la forme d'un délire persécutoire. Il s'agit d'un trouble chronique dans son évolution. Dans les formes les plus légères, le trouble peut passer quasi inaperçu, l'idée délirante restant cantonnée à un secteur et n'entravant pas la vie et le quotidien du sujet. Dans les formes les plus sévères, l'idée délirante et les constructions mentales qui en découlent, faites de convictions inébranlables, prennent une place qui devient centrale et qui guide les actions et les comportements du sujet qui en est la proie. Des périodes de dépression peuvent se manifester, ainsi qu'une importante anxiété, qui peut être

..

relative désorganisation. On ne relève qu'exceptionnellement la présence d'hallucinations et les manifestations d'automatisme mental sont absentes. Les sujets souffrant de trouble délirant persistant ne se rendent spontanément que rarement à la consultation d'un psychiatre, à moins d'y être contraints à l'occasion d'une expertise par exemple. En l'absence de troubles majeurs du comportement, l'entourage s'inquiète souvent moins rapidement des dysfonctionnements que dans le cas de la schizophrénie par exemple, et est ainsi moins enclin à chercher de l'aide pour le proche en difficulté. Par ailleurs, les possibilités thérapeutiques restent souvent limitées, l'action des médicaments notamment étant souvent faible dans ce type de situation, sinon pour diminuer l'anxiété.

L'histoire de M. X sort particulièrement de l'ordinaire, en ce qu'elle le contraint à devoir affronter très précocement une trajectoire familiale au destin tragique, ainsi qu'une maladie gastro-intestinale chronique sévère. Cette histoire est celle du développement d'un trouble délirant persistant et non pas d'une pathologie schizophrénique.

C'est en 1988 que les premiers symptômes de la RCUH se manifestent. M. Radjavi a alors 21 ans. Deux ans plus tard, son père est assassiné à Genève, alors que d'autres membres de la famille avaient également été inquiétés auparavant. M. Radjavi se remémore alors la mort de son chien, six mois plus tôt, de ce qui ressemblait à un empoisonnement, après avoir présenté des symptômes similaires aux siens lors de sa première poussée de RCUH. Alors peut-être se dit-il, et l'idée fera son chemin peu à peu dans l'esprit de M. X jusqu'à en devenir la préoccupation majeure, peut-être en veut-on également à sa vie. Ce qui n'est qu'une interrogation au départ se mue progressivement en affirmation, puis en certitude ou conviction inébranlable. Ainsi quand, à Paris en 1991, il doit subir des investigations entraînant des frais qui mettront plus de six mois à être remboursés par sa compagnie d'assurance, A à l'époque, M. X croit progressivement à une volonté de lui nuire, à entraver ses possibilités de traitement. Par la suite, il rompt le contrat puis souhaite être réaffilié, mais il lui est répondu que c'est avec une réserve sur la RCUH comme condition qu'il peut être réadmis. Il décide de changer de caisse et sollicite la Z début 1993. Son état s'est stabilisé, son médecin-traitant évoque un pronostic favorable; de retour à Genève, M. X s'apprête à passer des examens propédeutiques de première année de médecine.

La nouvelle de la décision d'imposer une réserve sur la RCUH par la Z fait l'effet d'une bombe chez M. X, dans son souvenir, qui dès lors se convainc qu'après que son père a été assassiné, on veut maintenant l'empêcher de se soigner. M. Radjavi incrimine alors cette décision

asséculoologique comme facteur volontairement déclenchant de l'aggravation de sa RCUH à partir de ce moment-là.

On voit ainsi se construire chez M. X une idéation persécutoire délirante, qui s'organise peu à peu sur la base d'éléments de réalité. Durant les années suivantes, ce noyau délirant va progressivement prendre de l'ampleur, alimenté par divers épisodes, qui prennent à chaque fois une dimension dramatique, voire catastrophique pour M. X, qui n'en continue pas moins à chercher sa voie dans un cursus académique et finira par passer une première année en chimie. Ce noyau délirant devient progressivement toujours plus important dans la vie de M. X, là aussi vraisemblablement alimenté par le contexte politique (il est superflu de s'étendre ici sur le rôle de premier plan joué par certains membres de la famille de M. X dans l'opposition au régime iranien) et les circonstances de l'enquête sur l'assassinat de son père qui tarde à aboutir. Dans ce contexte, M. X dépose une demande d'aide auprès de l'AI en 1997 et suite aux expertises du Professeur M et du Dr G, qui concluent chacun à une incapacité de travail de 50%, cet office évalue son incapacité à 75%, lui donnant droit à une rente entière selon la jurisprudence alors en vigueur. On peut relever que M. X n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et n'a entamé un suivi ambulatoire qu'après l'expertise chez le Dr G.

L'OAI estime l'invalidité présente depuis 1990, sur la base de l'estimation du Dr G, qui s'appuie sur la date de l'assassinat du père de M. X pour faire débiter l'incapacité de travail, sans autre élément d'explication.

De même que le diagnostic posé par le Dr G nous apparaît erroné et mal étayé, cette estimation est hâtive et contradictoire tant avec les dires de M. X qu'avec les certificats médicaux de l'époque qui évoquaient un pronostic favorable (Dr G, 5.03.1993) et à partir de 1994, une incapacité de travail fluctuante (**Dr Gu**, 18.10.1994); il n'est à l'époque simplement pas fait mention de l'éventualité d'une évolution vers l'invalidité. Il n'est pas non plus fait mention de troubles psychiques envahissants qui pourraient faire évoquer une invalidité ultérieure. Il n'est évoqué nulle part à l'époque de troubles psychiatriques entravant la capacité de M. X à suivre les cours ou à se présenter à des examens. De même, dans son expertise, le Dr G fait part de son étonnement (p.18: "la réussite de la première année (...) est quelque part étonnante du point de vue des experts, au vu du discours confus, voire quelque part incohérent de l'expertisé"). Cette réussite aux examens universitaires est cependant moins étonnante si l'on écarte l'hypothèse diagnostique de schizophrénie avec son cortège de symptômes liés à l'émiettement des fonctions psychiques, pour retenir celles de troubles délirants persistants. La confusion du discours de l'expertisé, voire son incohérence, est alors directement liée à la

situation d'expertise, forcément angoissante, puisqu'elle ravive des craintes d'une utilisation nuisible pour lui des informations divulguées dans ce cadre.

Ainsi, s'il ne fait pas de doute que M. X présentait déjà des signes d'un trouble délirant au moment de la signature du contrat d'assurance avec la Z, ces signes n'avaient pas alerté les médecins qui le suivaient et qui ne mentionnent aucune difficulté sur ce plan, dans les documents de l'époque. Le contenu du délire pouvant s'interpréter dans le contexte de ce que vivait M. X. M. X n'avait aucune raison à l'époque, d'imaginer que sa capacité de travail pourrait être altérée de la sorte. Le corps médical ne l'envisageait pas davantage.

Ainsi, Selon nous, M. X souffre sur le plan psychiatrique d'une évolution progressivement défavorable d'un trouble délirant persistant. Cette évolution défavorable est vraisemblablement liée à la persistance d'un contexte global qui alimente le délire de persécution. Sur le plan asséculoologique, le refus de prendre en charge les difficultés de M. X est vécu par lui de façon pathologique comme une manoeuvre qui a pour but ultime de mettre sa vie en danger.

Au terme de son rapport, le DUPA est parvenu aux conclusions suivantes:

- Le demandeur présente non pas une "schizophrénie de type paranoïaque", mais un trouble délirant persistant. Ce trouble, d'évolution chronique, est présent depuis de nombreuses années chez le demandeur. Il entraîne pour le demandeur un vécu persécutoire qui lui fait craindre pour sa vie. Les réticences asséculoologiques ont ainsi été progressivement intégrées au délire, ayant fini par équivaloir pour le demandeur à des menaces pour sa vie.

- S'il est possible que ce trouble ait été encore plus sévère jusqu'en 1997, cette hypothèse semble toutefois peu probable. Le demandeur, avant l'expertise chez le Dr. G en 2001, n'a pas rencontré de psychiatre qui aurait pu attester un tel état ni mentionner une nécessité manifeste de traitement. C'est bien plutôt l'aggravation progressive, liée à l'accumulation de divers éléments agissant comme facteurs de stress, qui a conduit le demandeur à demander une aide, financière dans un premier temps (par le biais de l'Al), puis thérapeutique dans un deuxième temps. Ces demandes ne sont toutefois intervenues qu'à partir de 1999.

- Au moment de la souscription de l'assurance litigieuse en juillet 1993, le

demandeur n'était pas invalide ou en incapacité de travailler au sens de l'article 5 alinéa 2 des conditions générales d'assurances de la défenderesse.

- Au moment de la souscription de l'assurance en juillet 1993, le demandeur ne présentait pas d'incapacité de travail de longue durée ou permanente qui aurait pu être susceptible d'entraîner une invalidité. Sur le plan de la rectocolite ulcéra-hémorragique, la situation avait pu être stabilisée, sans traitement pendant toute l'année 1992; le demandeur pouvait ainsi raisonnablement espérer la poursuite d'une évolution stable. Sur le plan psychique, quand bien même des signes de trouble délirant étaient présents, aucun des documents médicaux en la possession du DUPA n'évoque de pathologie diagnostiquée à cette période-là ou antérieurement, ni n'évoque d'incapacité de travail en lien avec une telle pathologie. Si le demandeur présentait des incapacités de travail pour des raisons psychiatriques, il est raisonnable d'estimer que celles-ci étaient de courte durée, consécutives à des situations anxiogènes majeures.

- Au moment où il a rédigé sa demande d'admission auprès de la Z, en janvier 1993, le demandeur suivait les cours d'université avec le projet de se présenter aux examens du mois de juillet et n'avait pas de raison de répondre autrement que par l'affirmative à la question "Jouissez-vous actuellement d'une capacité complète de travail?" figurant dans le formulaire d'admission. Son état de santé est également attesté en mars 1993 comme "bon sans traitement médical actuellement pour sa RCUH connue". De plus, le pronostic est décrit comme favorable par le Dr G. Ce n'est qu'en 1999 que le demandeur a fait une demande auprès de l'Al, ayant dans l'intervalle toujours cherché à avancer sur le plan académique afin également de trouver ensuite une insertion professionnelle.

- L'assassinat de son père, le 24 avril 1990, a représenté un important traumatisme pour le demandeur, ainsi que pour toute sa famille. L'existence du demandeur, ainsi que celle de sa famille, s'en est trouvée fortement modifiée; par exemple, la famille s'est rendue à Paris pendant plusieurs mois et le demandeur a dû interrompre ses études de médecine.

7. Par demande du 30 octobre 2003, E a pris avec dépens les conclusions suivantes:

"I. Y Versicherungen AG est la débitrice d'E et lui doit immédiat paiement d'un montant de fr. 100'000.- (cent mille francs) à titre de capital d'invalidité, avec intérêt à 5% l'an dès le 31 décembre 1995.

II. L'annulation du contrat d'assurance risque sur la vie no XXX signifiée le 17 octobre 2002 à E par Y Versicherungen AG est nulle et de nul effet.

III. Le contrat d'assurance risque sur la vie no XXX conclu le 1^{er} juillet 1993 entre E et la Z repris par Y est toujours en vigueur".

Dans son mémoire réponse du 16 février 2004, la défenderesse a conclu avec dépens au rejet des conclusions du demandeur.

Dans ses déterminations du 8 juin 2004, le demandeur a maintenu les conclusions prises dans sa demande du 31 octobre 2003.

EN DROIT:

1. a) La défenderesse, se fondant sur la motivation de la décision AI du 18 février 2002, a invoqué la nullité des contrats d'assurance capital invalidité et risque sur la vie du demandeur, invoquant l'article 9 LCA pour le premier et l'article 2 alinéa 3 des conditions générales de la Z (ci-après: CG) pour le second.

Selon l'article 9 LCA, le contrat d'assurance est nul sous réserve des cas prévus à l'article 100 alinéa 2 LCA si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu. La finalité de cette disposition est d'exclure de l'assurance les événements futurs certains, c'est-à-dire ceux dont la cause préexiste à la conclusion du contrat (Maurer, *Privatversicherungsrecht*, 3^e éd., p. 243 ss; Honsell/Vogt/Schnyder (éd.), *Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, Bâle et Genève 2001, p. 173; Kuhn/Montavon, *Droit des assurances privées*, Lausanne 1994, p. 108-112, spéc. p. 110 avec note 53; Carré, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Lausanne 2000, note *ad art.* 9). La réserve des cas prévus à l'article 100 alinéa 2 LCA est sans objet *in casu*.

En l'occurrence, le risque couvert par l'assurance capital d'invalidité est l'invalidité, c'est-à-dire l'incapacité de travail consécutive à une maladie telle que décrite aux articles 5 et 6 CG. Les experts du DUPA sont catégoriques sur le fait que le demandeur ne présentait pas de telle incapacité de travail, ni physiquement du fait de sa rectocolite ulcéro-hémorragique, ni psychiquement du fait de son trouble délirant, lors de la conclusion du contrat au 1^{er} juillet 1993 (cf. en particulier p. 41 dernier paragraphe et p. 43, deux premiers paragraphes). Il n'y a aucun motif qui justifie de s'écarter de leur appréciation, ce d'autant plus que la défenderesse n'a requis ni complément, ni seconde expertise. Le contrat d'assurance capital-invalidité a donc été valablement conclu.

Pour les mêmes raisons, l'"annulation avec effets *ex tunc*" du contrat d'assurance risque sur la vie par la défenderesse est sans effet, la condition de la pleine

capacité de travail lors de l'envoi de la formule d'admission à la Z étant réalisée (art. 2 al. 2 et 3 CG).

b) Le demandeur conclut au paiement par la défenderesse d'un montant de 100'000 francs à titre de capital d'invalidité, avec intérêts à 5% l'an dès le 31 décembre 1995.

Les complications sérieuses liées à la rectocolite ulcéro-hémorragique du demandeur ayant entraîné la diminution de sa capacité de travail ont commencé à la fin de l'année 1993, période de la recrudescence des diarrhées importantes et de la survenue des troubles nutritionnels. A cette époque, le demandeur était âgé de 26 ans. Faisant partie du groupe de cotisations 3, le capital d'invalidité assuré selon l'article 4 CG est de 102'918 fr. (3 x 34'306). Il était exigible à la fin 1995, selon l'article 5 CG.

La prétention en paiement du demandeur se prescrit dans un délai de deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation (art. 46 LCA), soit depuis le moment où l'invalidité est acquise, c'est-à-dire depuis le moment où le demandeur a été mis au bénéfice de la rente AI, en février 2002. Le demandeur a interrompu la prescription par le dépôt de sa demande le 31 octobre 2003 (art. 135 ch. 2 CO). Les intérêts moratoires commencent à courir le 4 novembre 2003, soit le lendemain de la notification de la demande, première interpellation (art. 102 al. 1 et 104 al. 1 CO), à la défenderesse.

c) Le demandeur conclut également à ce qu'il soit constaté que l'"annulation" par la défenderesse du contrat d'assurance risque sur la vie est nulle et de nul effet et que ce contrat est toujours en vigueur.

Selon la jurisprudence, l'action en constatation de droit est recevable lorsque le demandeur a un intérêt de fait ou de droit digne de protection à la constatation immédiate de son droit (ATF 120 II 20 consid. 3a, JT 1995 1130). Cet intérêt peut exister lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire touchant l'existence et l'objet du rapport de droit pourrait l'éliminer; encore faut-il que la persistance de cette incertitude entrave le demandeur dans sa liberté de décision au point d'en devenir insupportable pour lui (ATF 120 II 144 consid. 2a). L'intérêt fait en principe défaut lorsque le demandeur dispose d'une action condamnatoire, c'est-à-dire peut immédiatement exiger une prestation exécutoire en sus de la simple constatation (*ibidem*).

En l'occurrence, le demandeur n'a pas, par définition - s'agissant d'une assurance risque sur la vie — de prétention condamnatoire à l'encontre de la défenderesse. La déclaration, par la défenderesse, d'annuler cette assurance avec effet

ex tunc a assurément créé une incertitude justifiant qu'il soit constaté judiciairement qu'elle est sans effet et que le contrat reste en vigueur.

2 Le demandeur, obtenant gain de cause, a droit à de pleins dépens à la charge de la défenderesse, soit fr. 2'625.- pour les honoraires et débours de son ancien conseil, plus le remboursement de son coupon de justice.

Par ces motifs,

statuant immédiatement à huis clos,

le Tribunal:

I- **DIT** que la défenderesse Y Versicherungen AG est la débitrice du demandeur E et lui doit immédiat paiement de la somme de fr. 100'000.- (cent mille francs), plus intérêts à 5% l'an dès le 4 novembre 2003;

II- **DIT** que l'annulation du contrat d'assurance risque sur la vie no 274 67 904 signifiée le 17 octobre 2002 à E par Y Versicherungen AG est nulle et de nul effet;

III.- **DIT** que le contrat d'assurance risque sur la vie no 274 67 904 conclu le 1^{er} juillet 1993 entre E et la Z Assurance repris par Y Versicherungen AG est toujours en vigueur;

IV.- **ARRÊTE** les frais de procédure à fr. 4'037.50 (quatre mille trente-sept francs et cinquante centimes) pour le demandeur et à fr. 5'087.50 (cinq mille huitante-sept francs et cinquante centimes) pour la défenderesse;

V.- **DIT** que la défenderesse doit payer au demandeur un montant de fr. 6'662.50 (six mille six cent soixante-deux francs et cinquante centimes) à titre de dépens;

VI.- **REJETTE** toutes autres ou plus amples conclusions.

La Présidente

A. Ró' enbächer

Le greffier :

N. Rabbiosi, sbt

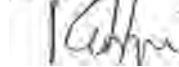
Du 23 octobre 2006

Des copies du jugement qui précède sont notifiées:

- au demandeur personnellement;
- à la défenderesse par l'intermédiaire de son conseil.

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les **dix "ours** dès la notification du présent jugement, en déposant à mon greffe un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité, ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelles en sont les modifications demandées.

Le greffier :



N. Rabbiosi, sbt