



POUVOIR JUDICIAIRE

CZ7933/20048

JTPI/9408/2006

JUGEMENT

DU TRIBUNAL DE PREMIERE INSTANCE

8ème Chambre

DU JEUDI 22 JUIN 2006

Entre

Monsieur X

demandeur comparant par Me Gilbert BRATSCHI, avocat, en l'Etude duquel il élit domicile,

Et

Y ASSURANCES

défenderesse comparant par Me Serge ROUVINET, avocat, en l'Etude duquel elle élit domicile.

Le présent jugement est communiqué pour notification aux parties par le greffe le

EN FAIT

1. X (ci-après : « le demandeur ») est né le 2 avril 1962. D'origine kosovare, il est arrivé en Suisse dans les années 1980.
 2. Marié et père de quatre enfants, il a exercé la profession de vendeur livreur, tout en connaissant une période de chômage depuis le 22 juin 2000. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la SUVA (pièces 43 dem et 39 déf).
 3. Propriétaire d'une voiture de marque CHRYSLER GRAND VOYAGER, il a conclu en décembre 1999 une assurance de véhicules à moteur auprès de la Z assurances devenue dans l'intervalle de Y ASSURANCES ; ci-après : « Y » ou « la défenderesse »).
 4. Aux termes de la police n° XXX, cette assurance offrait, outre la couverture d'assurance responsabilité civile et casco, les prestations suivantes pour le conducteur et les passagers du véhicule en cas d'accident (pièce 4 dem):
 - indemnités journalières de Frs 20.- ;
 - indemnités journalières de Frs 10.- en cas d'hospitalisation
 - indemnité d'invalidité de Frs 100'000.-.
 5. Selon l'article A8 des conditions générales annexées au contrat d'assurance (CGA), le paiement des indemnités journalières était effectué pendant 5 ans au maximum à dater du jour de l'accident, étant précisé que « l'indemnité est versée intégralement tant que l'assuré est incapable de travailler ».

Il y est précisé que les versements débutent dès que l'incapacité de travail a été reconnue médicalement, mais au plus tôt 3 jours avant le premier traitement médical.
 6. L'article A13 des conditions générales avait la teneur suivante : « Si l'incapacité temporaire de travail, la nécessité du traitement médical, l'invalidité ou le décès, ne sont que partiellement la suite de l'accident assuré, les prestations sont réduites dans une proportion déterminée par une expertise médicale » (pièce 5 dem).
 7. En date du 14 juillet 2000, alors qu'il circulait au volant de sa voiture de marque CHRYSLER VOYAGER dans un parking souterrain au Lignon, X a perdu le contrôle de son véhicule, qui est parti en embardée contre le mur du parking, puis a rebondi vers la droite pour heurter un second mur (pièce 1 dem).
 8. Suite à l'accident, le demandeur a ressenti des céphalées et des cervicalgies. Une hospitalisation de 24h aux Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG), au cours de
-

laquelle des radiographies de la colonne cervicale ont été faites, n'a révélé aucune lésion (cf pièce 14 dem).

9. Les douleurs se sont ensuite estompées, et le demandeur a entrepris un voyage en famille d'un mois dans les Balkans. C'est là que X a fait un malaise vagal, et que les douleurs à la tête sont réapparues et sont devenues très intenses. D'autres symptômes sont apparus (irritabilité, vertiges, troubles visuels et de la concentration) (pièce 43 dem, p. 9).
10. Le Dr D, de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, a établi un certificat médical attestant de l'incapacité de travail du demandeur à compter du 30 août 2000 (pièce 15 déf).
11. La SUVA a pris en charge cet accident non professionnel (pièce 39 déf).
12. Devant la persistance des céphalées chroniques, accompagnées de vertiges et d'acouphènes, ainsi que des cervicalgies, X a été examiné par les médecins du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG. Selon leur rapport du 12 décembre 2000, le demandeur présente une symptomatologie dépressive très importante avec un état d'excitation et d'agitation, ainsi qu'une possible composante psychotique et un état d'angoisse.

Leur diagnostic est le suivant : «Céphalées et cervicalgies post-traumatiques. Dépression majeure avec possible composante psychotique. Etat anxieux avec attaques de panique ».

Devant la gravité du tableau, ce service a préconisé une hospitalisation d'urgence dans l'unité psychiatrique des HUG, où le demandeur a séjourné du 24 octobre 2000 au 25 novembre 2000 (pièce 14 dem et 32 déf).

13. Au vu de la prolongation de l'incapacité de travail, la SUVA a conseillé au demandeur, en mars 2001, de s'annoncer auprès de l'Assurance-Invalidité (AI).
14. Du 26 mars 2001 au 26 avril 2001, X a à nouveau été hospitalisé en entrée volontaire aux HUG, Département de psychiatrie, pour un état dépressif sévère avec symptôme psychotique (pièce 33 déf).
15. Pour les médecins de la Clinique romande de réadaptation, qui ont examiné le demandeur le 23 juillet 2002, l'hypothèse d'un traumatisme crâniocérébral n'a pas pu être confirmée, dans le contexte du trouble psychiatrique flagrant présenté par le demandeur. Leur diagnostic est le suivant : « Cervicalgies et lombalgies chroniques. Syndrome douloureux somatoforme persistant. Trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotique. Etat de stress post-traumatique » (pièce 25 dem).

-
16. Dans leurs rapports de mai 2003 et novembre 2003, les Dr F et D ont relevé l'état dépressif avec caractéristiques psychotiques, syndrome douloureux somatoforme persistant et état de stress post-traumatique (cf. pièce 43 dem, p. 6).
17. La SUVA a alors confié au Dr Z, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, le soin de procéder à une expertise.

Dans son rapport du 7 juin 2004 (pièce 43 dem), le Dr Z a relevé que les plaintes apparues deux ou trois semaines après l'accident étaient quasiment inchangées, à savoir : au premier plan, maux de tête et de la nuque ; troubles de la mémoire et de la concentration ; irritabilité, intolérance au bruit et à la lumière ; « visions » et « voix », symptômes dépressifs, symptômes anxieux.

Le Dr Z a relevé que le tableau clinique de X était complexe, caractérisé par des manifestations multiples et apparemment sévères, ainsi que par un écart significatif entre certaines plaintes subjectives et les constatations objectives.

Il a établi les diagnostics suivants :

- Dépression : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.
- Anxiété : agoraphobie avec trouble panique.
- Syndrome post-commotionnel : l'expert a relevé à cet égard que, près de quatre ans après l'accident on peut admettre, sauf avis neurologique contraire, que les facteurs organiques liés à l'accident ne jouent plus de rôle important. L'expert attribue aux facteurs psychiques suivants le fait que le syndrome post-commotionnel soit entretenu : co-morbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif et d'un trouble anxieux, et intérêt du patient à maintenir consciemment ou inconsciemment des symptômes en raison des bénéfices (matériels et affectifs) qu'il en retire.

Le Dr Z a affirmé que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était peu probable, estimant que les plaintes douloureuses de l'expertisé allaient bien au-delà de ce qui est justifié par son état somatique, une partie des plaintes correspondant certainement à des douleurs dites « psychogènes ».

Il a également considéré comme peu probables les diagnostics de stress post-traumatique, de trouble dissociatif, de trouble psychotique, de trouble psycho-affectif, de trouble factice, ainsi que de trouble de la personnalité.

En résumé, le Dr Z a mis en évidence l'existence très probable d'un trouble anxieux (trouble panique), qu'il est tenté de placer au centre de la problématique. Les manifestations de trouble panique ont dû s'amalgamer avec celles du syndrome post-commotionnel dont l'expertisé a pu souffrir dans les semaines consécutives à l'accident. Le renforcement réciproque entre les deux pathologies a dû contribuer à l'intensité des symptômes et à l'émergence d'un trouble dépressif, les bénéfices matériels et affectifs contribuant secondairement à ancrer le tout dans la durée.

S'agissant de la causalité, les conclusions du Dr Z sont les suivantes : « L'accident du 14 juillet 2000 a joué le rôle déclenchant du syndrome post-commotionnel et peut-être du trouble panique. Il est cependant plus vraisemblable que l'apparition de celui-ci est indépendante de l'accident puisqu'il a probablement débuté deux ou trois ans avant l'accident, ou alors à l'occasion du malaise vagal en Albanie, alors que l'expertisé ne ressentait presque plus de douleurs de l'accident (...). Dans le cas de X, l'hypothèse de troubles réactionnels à l'accident peut être écartée. Sur la base des données multiples disponibles, l'hypothèse qui me semble la plus plausible pour expliquer la survenue et la persistance des troubles se présente comme suit : l'accident du 14 juillet 2000 - au demeurant mineur au vu des données du dossier - peut être considéré comme le facteur déclenchant externe du syndrome post-commotionnel, et, probablement dans une moindre mesure, du trouble panique. Sa responsabilité est là, et seulement là. La sévérité et la persistance des troubles ont probablement été favorisés par la fragilisation du statut socio-économique et familial de l'expertisé survenue dans les années précédentes. Une fois survenus, les troubles ont été entretenus aussi bien par le renforcement réciproque entre les différentes composantes des troubles que par l'incapacité de l'expertisé à quitter le statut de malade grave (physique et psychique), du fait des bénéfices obtenus sur le plan affectif et sur le plan matériel. Lorsqu'un trouble psychique s'installe dans la durée, c'est soit que les facteurs déclenchants sont toujours présents, soit qu'il existe de puissants facteurs d'entretien. Dans le cas qui nous occupe, près de quatre ans après l'accident, on peut considérer que les troubles sont bien davantage déterminés par les facteurs d'entretien mentionnés plus haut que par l'accident (facteur déclenchant). La part de l'accident qui subsiste actuellement dans les troubles est devenue mineure. Il est difficile et probablement arbitraire, médicalement parlant, de la chiffrer, mais il me semble raisonnable d'estimer qu'au plus tard cinq ans après l'accident, soit en juillet 2005, celui-ci ne devrait plus jouer de rôle significatif dans les troubles si ceux-ci devaient persister à ce moment là. Et sous réserve bien sûr d'une éventuelle atteinte neurologique organique consécutive à l'accident ».

18. Par courrier du 1^{er} novembre 2000, le conseil de X s'était par ailleurs adressé à la Z (devenue Y) pour réclamer les indemnités journalières dues selon contrat (pièce 6 dem).

19. La Y a versé les montants suivants :

- Frs 1'260.- le 26 janvier 2001, correspondant à 63 jours d'indemnités à Frs 20.- pour la période du 30 août au 31 octobre 2000 (pièce 10 déf) ;
- Frs 1'220.- le 14 février 2001, correspondant à 61 jours d'indemnités à Frs 20.-, pour la période du 1^{er} novembre au 31 décembre 2000 (pièce 11 déf) ;
- Frs 3'020.- le 6 juin 2001, soit 151 indemnités journalières à Frs 20.-, pour la période du 31 décembre 2000 à fin mai 2001 (pièce 12 déf).

Elle a ensuite cessé les versements.

20. Une correspondance très abondante a alors été échangée entre la Z, puis la Y, et le conseil du demandeur, ce dernier lui ayant en particulier adressé des demandes de prestations par courriers des 15 et 22 novembre 2000, des 3 et 15 janvier 2001, du 6 février 2001, du 5 mars 2001, du 10 mai 2001, du 3 octobre 2001, du 11 décembre 2001, du 12 novembre 2002, du 6 décembre 2002 (pièces 8, 9, 10, 12, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 28).

Puis, après avoir rencontré des responsables de la Z en vue de trouver une solution au litige, notamment fin juin 2003 (pièce 30 dem), le conseil du demandeur a encore adressé différents courriers à la Z, soit le 10 juin 2004, le 7 juillet 2004, le 19 août 2004, le 14 septembre 2004, le 12 octobre 2004 (pièces 31 à 34 dem).

21. Les certificats médicaux attestant de l'incapacité de travail du demandeur ont par ailleurs été régulièrement adressés à la Y, soit notamment en annexe à ses courriers du 3 octobre 2001 et du 12 novembre 2002 (pièces 21 dem et 24 dem).

22. Dans son courrier du 11 décembre 2002, la Y indiquait que l'incapacité de travail « pourrait être partiellement voire intégralement la conséquence de facteurs étrangers à l'accident ». Elle notait en conséquence qu'il s'imposait d'investiguer plus avant la question de la relation de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail, et demandait en conséquence des autorisations pour obtenir les pièces nécessaires (rapports médicaux, documents de la SUVA ; pièce 29 dem).

23. La Y a dès lors reçu les procurations nécessaires pour avoir accès au dossier de la SUVA, ainsi qu'une copie des différents rapports médicaux relatifs à l'état de santé du demandeur.

-
24. Par courrier du 31 août 2004, la Y a fait valoir que les prétentions du demandeur étaient prescrites.
25. En date du 27 septembre 2004, une réquisition de poursuite à l'encontre de la Y a par ailleurs été adressée à l'Office des poursuites de Genève, puis, en raison de l'incompétence territoriale dudit Office, à celui de Zurich (Betreibungsamt Ziirich 2) (pièces 46 à 49 dem).
26. Par assignation déposée en conciliation le 15 décembre 2004, X a formé une demande en paiement à l'encontre de Y ASSURANCES (ci-après : « Y » ou « la défenderesse »). Il a conclu à ce que cette dernière soit condamnée à lui verser une somme de Frs 26'910.- avec intérêts à 5% du 2 octobre 2002, à titre d'indemnités journalières dues selon le contrat « occupants » souscrit par lui.

Il décompose ses prétentions de la manière suivante : pour la période du 17 juillet 2000 au 18 juillet 2004, il réclame 1460 indemnités à Frs 20.-, soit Frs 29'200.-. Pour la période du 18 juillet au 30 novembre 2004, date d'introduction de la demande, il réclame Frs 2'680.-, soit 134 jours à Frs 20.-, montant auquel s'ajoutent Frs 530.- correspondant à 53 indemnités journalières d'hospitalisation à Frs 10.-.

Le demandeur a par ailleurs conclu à ce que ses droits soient réservés à compter du 1^{er} décembre 2004 pour les indemnités journalières encore dues et pour l'éventuelle indemnité d'invalidité de Frs 100'000.-.

27. Dans sa réponse du 14 avril 2005, Y a conclu au déboutement du demandeur.

Elle a fait valoir en premier lieu que les prétentions du demandeur étaient prescrites.

La défenderesse, se prévalant de l'article A13 de ses conditions générales, qui prévoit une réduction proportionnelle des prestations en cas de prédisposition constitutionnelle de l'assuré, a affirmé que l'état de santé du demandeur ne présentait plus aucun lien avec l'accident du 14 juillet 2000, de sorte que ses prétentions devaient être rejetées.

28. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 17 mai 2005, X a persisté dans les termes de sa demande

La défenderesse s'y est opposée, et a sollicité à titre préalable une expertise judiciaire afin de déterminer dans quelle mesure le dommage allégué par le demandeur est en lieu de causalité avec l'accident litigieux.

Le demandeur s'est quant à lui opposé à expertise, faisant valoir qu'il y avait déjà des expertises dans le dossier et précisant que les expertises émanant de la SUVA avaient valeur de preuve.

29. Dans ses conclusions motivées sur expertise du 15 septembre 2005, X a augmenté ses prétentions à un montant total de Frs 31'450.-, y ajoutant les indemnités journalières de Frs 20.- pour la période du 1^{er} décembre 2004 au 14 juillet 2005, soit 227 indemnités à Frs 20.- ou Frs 4'540.-.
30. Par ordonnance du 10 octobre 2005, le Tribunal de première instance a confié une mission d'expertise au Dr Z, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il l'a invité à répondre à la question de savoir si les troubles dont X a souffert étaient la conséquence du traumatisme survenu lors de l'accident du 14 juillet 2000, ou si ces troubles étaient la conséquence d'autres facteurs.
31. Le Dr Z a rendu son rapport le 29 novembre 2005, et ses conclusions sont les suivantes :

« Pendant une durée de 12 mois après l'accident, on peut considérer que l'essentiel des troubles dont X a souffert étaient la conséquence de l'accident. A partir du 14 juillet 2001, la part de l'accident dans les troubles a diminué de manière régulière, d'environ 25% par an, jusqu'à devenir négligeable à partir du 14 juillet 2005. Pour ce qui est des troubles dont il souffre éventuellement à l'heure actuelle, on peut admettre sans examiner X qu'ils ne sont plus en relation avec l'accident du 14 juillet 2000, puisque celui-ci n'a pas laissé de séquelles évolutives selon l'expertise neurologique. Les autres facteurs impliqués dans la genèse et le maintien des troubles depuis l'accident sont les co-morbidités psychiatriques et, probablement, les « bénéfiques » liés à la compensation des troubles. ».

32. Dans ses conclusions motivées du 24 mars 2006, X a persisté dans le terme de ses précédentes écritures.

Estimant toutefois que les conclusions contenues dans le rapport du 29 novembre 2005 de l'expert Z sont inadmissibles, le demandeur a réclamé une nouvelle expertise médicale.

Il a produit à cet égard un courrier de son médecin psychiatre traitant à la Clinique de Chantepoulet, soit le Dr P (pièce 52 dem), qui reproche à l'expert de procéder à des «distinguo juridiques » en séparant artificiellement facteurs et troubles, ainsi que facteurs prédisposants, favorisants ou déclenchants.

33. Quant à la Y, elle a conclu au déboutement du demandeur, tant s'agissant de sa requête de nouvelle expertise que sur le fond.
-

-
34. Par décision du 24 mai 2005, la SUVA a par ailleurs mis un terme à toutes ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux), avec effet au 30 juin 2005, retenant que les troubles psychogènes dont souffre le demandeur ne pouvaient pas être considérés comme une suite naturelle et adéquate de l'accident (pièce 38 déf).
 35. X ayant fait opposition, la SUVA a rendu une décision sur opposition en date du 7 octobre 2005, retenant que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles devait être nié (pièce 39 déf).
 36. Par décision du 1^{er} juillet 2005, l'Office de l'assurance-invalidité de Genève (OCAI) a enfin mis le demandeur, ainsi que son épouse et ses quatre enfants, au bénéfice d'une rente ordinaire AI, d'un montant total pour la famille de Frs 4'267.- par mois, avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2001 (pièces 53-55 dem).
 37. La cause a été gardée à juger au terme de l'audience de plaidoirie du 27 avril 2006, lors de laquelle les parties ont déposé leurs dernières conclusions.

Les arguments des parties seront repris en tant que de besoin dans la partie « EN DROIT ».

EN DROIT

- A. Le Tribunal de première instance est compétent *ratione loci* pour connaître de la présente cause compte tenu du domicile genevois du demandeur, conformément aux conditions générales de la société défenderesse. Il l'est également *ratione materiae* vu les faits de la cause.
- B. Il n'est pas contesté que les parties aient conclu un contrat d'assurance au sens de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), qui intègre les conditions générales d'assurance de la Y.

La défenderesse refuse en revanche de verser les indemnités prévues contractuellement, au motif que ses prétentions sont prescrites et infondées.

- a) Selon l'article 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

S'agissant de prestations périodiques, elles se prescrivent individuellement, et ce, dès leur exigibilité (ATF 124 III 449).

L'exception tirée de la prescription n'est recevable que si son cours n'a pas été valablement interrompu. Faute de disposition particulière de la LCA en la matière, la prescription des droits découlant du contrat d'assurance s'interrompt

conformément aux règles générales du droit des obligations (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, p. 326).

S'agissant de l'interruption par reconnaissance de la dette émanant du débiteur (art. 135 ch. 1 CO), elle intervient dès que l'assureur entre en matière et reconnaît le principe de la couverture dans une lettre à laquelle le destinataire peut de bonne foi prêter cette signification, de sorte qu'il a pu en conclure qu'il n'est pas nécessaire de faire valoir son droit en justice. Mais la prescription n'est en revanche pas interrompue lorsque l'assureur, relancé par les courriers de l'avocat de l'assuré, exprime toujours clairement son refus d'intervenir (ATF 118 II 447.= JT 1993 I 745 ; CARRE, op. cit., p. 327).

En application de l'article 2 CC, la prescription est susceptible d'être invoquée abusivement. Il y a ainsi abus lorsque, en violation du principe de la bonne foi, l'assureur laisse d'abord croire au créancier qu'une action ou l'introduction d'une poursuite, interruptives de prescription, ne sont pas nécessaires, et le dissuade ainsi d'agir en temps utile pour ensuite soulever ce moyen. Il faut, pour qu'il y ait abus, que l'assureur se soit comporté de façon telle qu'il apparaisse compréhensible, objectivement, que le créancier se soit abstenu de tout procédé juridique avec l'expiration du délai. Il n'est en revanche pas indispensable qu'il y ait un dol de l'assureur (ATF 106 Ib 231 = JT 1982 I 38 ; CARRE, op. cit., np. 328 et arrêts cités).

Mais il n'y a aucun abus à exciper d'une prescription intervenue sans le fait de l'assureur et par la seule omission de l'ayant droit, ou lorsque l'assureur a clairement et de façon constante refusé son intervention (ATF 119 II 468 = JT 1996 I 684).

- b) Dans le cas d'espèce, le demandeur a fourni à la Y, conformément à ses obligations, les certificats médicaux attestant de son incapacité de travail, à compter du 30 août 2000 et jusqu'à ce jour.

Pour la période allant du 30 août 2000 à fin mai 2001, la défenderesse a versé les indemnités journalières dues au demandeur

Elle a ensuite cessé les versements, non pas au motif qu'elle estimait ne plus les devoir, mais parce qu'elle souhaitait avoir plus de renseignements médicaux quant à l'état de santé du demandeur.

Ainsi, dans son courrier du 11 décembre 2002, la Y indiquait que l'incapacité de travail pourrait être partiellement voire intégralement la conséquence de facteurs étrangers à l'accident. Elle notait en conséquence qu'il s'imposait d'investiguer plus avant la question de la relation de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail, et demandait en conséquence des autorisations

pour obtenir les pièces nécessaires (rapports médicaux, documents de la SUVA). En juin 2003, les représentants de la Y ont encore accepté de rencontrer le conseil du demandeur, aux fins de discuter du cas, et ont répété à cette occasion l'opinion ressortant du courrier du 11 décembre 2002.

De telles déclarations peuvent objectivement être comprises en ce sens que la défenderesse souhaitait en premier lieu s'entourer de tous les renseignements médicaux nécessaires (en particulier rapports d'hospitalisation aux HUG et dossier de la SUVA), avant de décider la suite à donner aux demandes réitérées de X.

Dans l'intervalle, la défenderesse a reçu du conseil du demandeur non seulement les procurations nécessaires pour avoir accès au dossier de la SUVA, mais aussi les copies des certificats médicaux attestant de l'incapacité de travail du demandeur. Or ces derniers documents étaient en soi propres à justifier le versement des indemnités journalières, puisqu'ils démontraient que l'événement assuré s'était bien réalisé. Tant en application de l'article 33 LCA qu'à teneur de l'article A8 des conditions générales, la Y s'était en effet engagée à verser les indemnités tant que l'assuré était incapable de travailler, et, proportionnellement à son incapacité tant et aussi longtemps qu'il n'était que partiellement incapable de travailler.

Dans de telles circonstances, on ne pouvait objectivement pas attendre du demandeur, alors même qu'il était en train de fournir à la défenderesse les renseignements et procurations requis, propres à entraîner le versement des prestations dues - que la défenderesse ne contestait au demeurant pas - qu'il fasse notifier un commandement interruptif de prescription ou fasse une demande en justice à l'encontre de la défenderesse.

L'attitude de la défenderesse, qui a demandé pendant plusieurs mois des renseignements médicaux au demandeur, ainsi que l'accès au dossier de la SUVA - laquelle n'a d'ailleurs statué sur le cas de X qu'en mai 2005, après avoir attendu le rapport de l'expert Z de juin 2004 - avant de se prévaloir de la prescription une fois que les renseignements sollicités ont été donnés, n'est pas compatible avec l'article 2 CC.

Le Tribunal retient en conséquence que c'est de manière abusive que la défenderesse se prévaut de la prescription, exception qui sera dès lors écartée.

Il y a lieu en conséquence d'entrer en matière sur la demande de X et à examiner dans quelle mesure ses prétentions sont fondées.

- C.a) A teneur de l'article 33 LCA, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été
-

conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

L'assuré doit rendre vraisemblable la survenance de l'événement assuré sur la base des circonstances de fait (SJ 1996 p. 687, c. 1 p. 688).

L'article A13 des conditions générales de la défenderesse, dûment intégrées au contrat liant les parties, prévoit en outre que si l'incapacité de travail, la nécessité du traitement médical, l'invalidité ou le décès, ne sont que partiellement la suite de l'accident assuré, les prestations sont réduites dans une proportion déterminée par une expertise médicale.

- b) En l'espèce, une telle mission d'expertise a été confiée en cours de procédure au Dr Z, lequel avait déjà rendu un rapport particulièrement complet et fouillé pour la SUVA.

Les conclusions de son rapport du 29 novembre 2005 sont les suivantes : « Pendant une durée de 12 mois après l'accident, on peut considérer que l'essentiel des troubles dont X a souffert étaient la conséquence de l'accident. A partir du 14 juillet 2001, la part de l'accident dans les troubles a diminué de manière régulière, d'environ 25% par an, jusqu'à devenir négligeable à partir du 14 juillet 2005. Pour ce qui est des troubles dont il souffre éventuellement à l'heure actuelle, on peut admettre sans examiner X qu'ils ne sont plus en relation avec l'accident du 14 juillet 2000, puisque celui-ci n'a pas laissé de séquelles évolutives selon l'expertise neurologique. Les autres facteurs impliqués dans la genèse et le maintien des troubles depuis l'accident sont les co-morbidités psychiatriques et, probablement, les « bénéfiques » liés à la compensation des troubles ».

Dans ses dernières écritures, le demandeur a sollicité à titre préalable, qu'une nouvelle expertise soit effectuée, au motif que les conclusions de l'expert Z seraient inadmissibles.

- c) Si le juge n'est pas suffisamment éclairé par le rapport de l'expert, il peut en ordonner un nouveau par le même ou par un autre expert (art. 267 LPC).

Si l'article 267 LPC vise avant tout le complément de l'expertise, il peut également servir de fondement à l'ordonnance d'une contre-expertise ou d'une expertise nouvelle. La première a pour objet de faire vérifier par un autre technicien la conformité des résultats auxquels le premier est parvenu ; il n'y sera recouru que si des doutes sérieux apparaissent sur le bien-fondé des conclusions du premier expert, par exemple sur des points théoriques controversés. Une contre-expertise ne saurait en revanche être ordonnée au seul motif qu'une partie critique l'opinion du premier expert. Quant à l'expertise nouvelle, elle tend à

éclaircir les mêmes problèmes que ceux qui faisaient l'objet de la première mission ; il y sera recouru lorsque le premier spécialiste mis en œuvre apparaît incompetent ou peu digne de confiance et que son rapport ne saurait servir de f o n d e m e n t s é r i e u x a u j u g e m e n t d e l a c a u s e (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la LPC, n. 2 ad art. 267 LPC ; SJ 1963 p. 328).

- d) En l'espèce, le demandeur estime les conclusions de l'expert inadmissibles, au motif que ce dernier retient que le rôle joué par l'accident dans l'état de santé du demandeur, respectivement dans son incapacité de travail, a diminué au cours des années.

Le demandeur ne fait en réalité qu'essayer de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert. Certes, le médecin-psychiatre traitant du demandeur, le Dr P, a lui aussi émis des critiques à l'encontre de l'expertise Z, lui reprochant notamment de séparer de manière artificielle les facteurs prédisposants, favorisants ou déclenchants, alors même que « la médecine du traumatisme est une et que l'on ne peut pas la couper en rondelles ». Dans son courrier du 7 février 2006, le Dr P a néanmoins reconnu que, du point de vue intellectuel et purement technico-académique, on pouvait évaluer ces différents facteurs.

Or c'est précisément la mission qui avait été confiée à l'expert, selon ordonnance du 10 octobre 2005. Plus globalement, la question de savoir dans quelle proportion l'incapacité de travail découle de l'accident ou d'autres facteurs est essentielle puisqu'elle constitue le noeud du litige : en effet, selon l'article A13 des conditions générales précitées, l'assurance n'est tenue de verser à l'assuré qu'une part réduite de ses prestations en proportion avec l'influence d'éventuels autres facteurs. On ne serait en conséquence reprocher à l'expert d'avoir répondu à la question centrale du litige.

S'agissant par ailleurs des conclusions de l'expert, elles sont largement partagées par les autres praticiens qui ont été appelés à se prononcer en l'occurrence. Tant les spécialistes du Centre multidisciplinaire de la douleur que ceux de la Clinique romande de réadaptation, ainsi que les Dr W du CHUV, ont mis en évidence d'une disproportion entre le sinistre sans gravité particulière et l'état de santé du demandeur.

Le demandeur avait lui-même déclaré lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 17 mai 2005 qu'une expertise supplémentaire était inutile, celle émanant de la SUVA (soit justement le premier rapport du Dr Z, qui avait *grosso modo* la même teneur que son rapport complémentaire) ayant valeur de preuve.

Quant au fait que le demandeur ait été mis au bénéfice de prestations de l'assurance AI, cela n'est pas propre à remettre en question l'appréciation de l'expert : il n'est contesté par personne que le demandeur soit incapable de travailler. Seule est litigieuse la question de savoir dans quelle mesure l'incapacité de travail est à imputer au sinistre du 14 juillet 2000.

Les conclusions de l'expert étant claires et reposant sur des fondements sérieux, partagés d'ailleurs par les spécialistes précités, il n'y a aucune raison de faire application de l'article 267 LPC et d'ordonner une nouvelle expertise.

Le demandeur sera en conséquence débouté de ses conclusions sur ce point, et les conclusions de l'expert Z seront intégralement retenues. En effet, lorsqu'il fait appel à un expert, dont le rôle est justement de mettre à la disposition du juge les connaissances techniques dont ce dernier ne dispose pas, le juge ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son opinion à celle de l'expert, sauf lorsque des circonstances bien établies (« *zwingende Gründe* ») viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 157, c. 1 c et références; SJ 1997 p. 58 consid. 2a).

- d) Comme il l'a déjà été rappelé ci-dessus, l'expert a retenu que l'essentiel des troubles ressentis pendant une durée de 12 mois après l'accident était la conséquence de l'accident. A partir du 14 juillet 2001, la part de l'accident dans les troubles a diminué de manière régulière, d'environ 25% par an, jusqu'à devenir négligeable à partir du 14 juillet 2005.

Les indemnités journalières dues par la Y seront dès lors réduites dans les proportions préconisées par l'expert, soit 25% par année (d'où des indemnités de Frs 20.- la première année, de Frs 15.- la seconde année, de Frs 10.- la 3^{ème} année et de Frs 5.- la dernière année).

Les montants dus par la Y à X doivent dès lors être calculés de la manière suivante, étant précisé que, contrairement à ce qu'affirme le demandeur, le point de départ du droit aux indemnités n'est pas le jour du sinistre mais, comme l'a retenu la défenderesse à juste titre, la date du 30 août 2000, qui correspondent au début de l'incapacité de travail attestée par certificats médicaux:

du 30 août 2000 au 30 août 2001 : 365 indemnités à Frs 20.- = Frs 7'300.-
 du 30 août 2001 au 30 août 2002 : 365 indemnités à Frs 15.- = Frs 5'475.-
 du 30 août 2002 au 30 août 2003 : 365 indemnités à Frs 10.- = Frs 3'650.-
 du 30 août 2003 au 30 août 2004 : 365 indemnités à Frs 5.- = Frs 1'825.-

soit un montant de Frs 18'250.-

Il sied d'ajouter à cette somme de Frs 18'250.- le montant des indemnités journalières pour hospitalisation, soit un montant total de Frs 530.- (pour 53 jours

d'hospitalisation à Frs 10.-, étant précisé que dans la mesure où lesdits jours d'hospitalisation ont été entièrement faits au cours de l'année suivant le sinistre du 14 juillet 2000, ils doivent être intégralement rattachés à l'accident).

Ce montant de Frs 18'780.- (Frs 18'250.- + Frs 530.-) portera intérêts à 5% dès la date moyenne du 30 août 2002.

Enfin, du montant total de Frs 18780.- seront déduits les acomptes déjà versés par la défenderesse, soit Frs 1'260.- le 26 janvier 2001, Frs 1'220.- le 14 février 2001 et Frs 3'020.- le 6 juin 2001.

- D. Tout jugement, même sur incident, doit condamner aux dépens la partie qui succombe.

Même si le demandeur ne reçoit en l'espèce pas la totalité de ses prétentions, il obtient néanmoins gain de cause sur le principe de l'indemnisation par la défenderesse - qui contestait devoir quelque montant que ce soit - ainsi qu'une bonne partie de ses prétentions s'agissant de la quotité.

Il se justifie par conséquent de condamner la défenderesse, qui succombe dans une large mesure, aux dépens, qui comprendront une équitable indemnité de procédure de Frs 3'500.- valant participation aux honoraires d'avocat du demandeur (art. 181 al. 1 et 3 LPC).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL DE PREMIERE INSTANCE**

Statuant contradictoirement et par voie de procédure ordinaire :

1. Condamne Y ASSURANCES à verser à X
un montant de Frs 18'780.- avec intérêts à 5% dès le 30 août 2002,
sous déduction de Frs 1'260.- versés le 26 janvier 2001, de Frs 1'220.- versés le 14
février 2001 et de Frs 3'020.- versés le 6 juin 2001.
2. Condamne Y ASSURANCES aux dépens,
lesquels comprendront une équitable indemnité de procédure de Frs 3'500.- valant
participation aux honoraires d'avocat du demandeur.
- 3 Déboute les parties de toutes autres conclusions.

La Greffière :

Anne Sylvie  SUDAN PEREIRA

La Juge:

Fabienne GEÍSIN ER-MAR Ii Z

JCO