

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 30 octobre 2018

Composition : M. ABRECHT, président
MM. Hack et Kaltenrieder, juges
Greffier : M. Steinmann

Art. 46 al. 1 et 45 al. 3 LCA

Statuant sur l'appel interjeté par **M.**_____, à Lausanne, demanderesse, contre le jugement rendu le 25 septembre 2017 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause divisant l'appelante d'avec **G.**_____, à Zürich, défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

En fait :

A. Par jugement du 25 septembre 2017, dont les motifs ont été envoyés aux parties le 22 décembre 2017, la Chambre patrimoniale cantonale a rejeté la demande déposée le 26 mars 2015 par la demanderesse M._____ contre la défenderesse G._____ (I), a dit que ledit jugement était rendu sans frais judiciaires (II) et a dit que la demanderesse devait payer à la défenderesse la somme de 8'000 fr. à titre de dépens (III).

En droit, les premiers juges ont considéré que G._____ avait valablement invoqué l'exception de prescription à l'encontre des prétentions en paiement d'un capital-invalidité soulevées par M._____ à la suite de l'accident dont elle avait été victime le 28 mai 2004. Ils ont notamment relevé qu'au vu de l'instruction, l'état médical définitif de M._____ avait été atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en 2006 ou 2007, et que depuis le mois de juillet 2008, l'intéressée avait été mise au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), ceci avec effet au 1^{er} mai 2005. Cela étant, ils ont considéré que ce n'était pas l'ampleur mais bien le principe de l'invalidité qui faisait courir le délai de prescription et qu'en l'occurrence, ce principe était établi à partir du moment où l'intéressée avait perçu la rente de l'AI, soit depuis le mois de juillet 2008, de sorte que la prescription biennale de l'art. 46 al. 1 LCA (Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ; RS 221.29.1) avait été acquise avant la signature, le 13 décembre 2011, de la première renonciation à invoquer la prescription. Les premiers juges ont en outre considéré que s'il fallait reconnaître que M._____ avait subi de graves lésions lors de son accident, elle échouait à démontrer qu'elle n'aurait pas été en mesure de faire valoir plus tôt ses droits auprès de G._____, ce d'autant plus qu'elle avait été capable, avec l'aide de sa mère et de son conseil, de les faire valoir auprès d'autres entités ; partant, il n'y avait pas lieu de retenir qu'elle aurait été dans l'impossibilité d'agir avant l'échéance du délai de prescription selon l'art. 45 al. 3 LCA. En définitive,

ces magistrats ont estimé que les prétentions de M._____ étaient prescrites et que sa demande devait être rejetée pour ce motif.

B. Par acte du 22 janvier 2018, M._____ a interjeté appel contre le jugement susmentionné, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que G._____ soit condamnée à lui verser un capital de 250'000 fr., avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité de première instance.

Invitée à se déterminer, G._____ a déposé une réponse le 21 mars 2018, au pied de laquelle elle a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de l'appel.

Le 19 avril 2018, M._____ a déposé une réplique, au terme de laquelle elle a confirmé intégralement ses conclusions.

Par courrier du 14 mai 2018, G._____ s'est, en substance, déterminée sur la réplique, en renvoyant intégralement à sa réponse et aux écritures déposées devant l'autorité de première instance.

Le 18 juin 2018, G._____ a produit, sur réquisition d'office du Juge délégué de la Cour de céans (ci-après : le Juge délégué), une copie des Conditions d'assurance (CA) « Prevea », édition du 1^{er} janvier 2007.

Le 26 juin 2018, M._____ a produit, également sur réquisition d'office du Juge délégué, une copie de la décision de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) lui octroyant une rente d'invalidité de 78% dès le 1^{er} mai 2005 (pièce A), ainsi que deux pièces permettant d'établir les bases sur lesquelles cette décision avait été prise, soit la motivation de celle-ci (pièce B) et le rapport final des conseillers AI du 28 février 2008 (pièce C). Elle a en outre produit une pièce supplémentaire, soit un courrier du 15 octobre 2010 du Dr Z._____ à l'attention de l'OAI,

sollicitant la prise en charge de protections auditives en sa faveur (pièce D).

Une audience de conciliation et d'instruction a été tenue par le Juge délégué le 3 juillet 2018, en présence de M._____ et de son conseil, ainsi que du conseil de G._____. A cette occasion, la conciliation a été tentée mais n'a pas abouti. Un délai au 15 août 2018 a été imparti à G._____ pour se déterminer sur les pièces produites par M._____ le 26 juin 2018.

Par courrier du 2 août 2018, G._____ a indiqué, en substance, ne pas avoir de remarques particulières à formuler au sujet de ces pièces.

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

1. M._____ a été victime, le 28 mai 2004, d'un grave accident de la route.

G._____ est une société anonyme dont le siège est à Zürich.

2. M._____ avait conclu un contrat d'assurance avec H._____ (ci-après : H._____). Cette dernière a conclu un contrat de collaboration avec G._____, qui est l'assureur prenant en charge les conséquences économiques de l'invalidité, tandis que H._____ est l'assureur de prestations supplémentaires en cas d'accident, ainsi qu'en complément des prestations d'assurances complémentaires des soins conclues auprès d'elle. Les parties sont donc liées, depuis 2002 à tout le moins, par un contrat d'assurance accident en cas de décès et d'invalidité.

Ce contrat prévoit notamment le versement d'un capital de 200'000 fr. en cas d'invalidité totale, ainsi qu'une augmentation de l'indemnité dès que l'invalidité dépasse 25% (clause de progressivité).

Les Conditions d'assurance applicables audit contrat, intitulées [...] (ci-après : CA), prévoient notamment ce qui suit :

« **Prestations**

A Capital-invalidité

9. Comment l'invalidité est-elle déterminée ?

Si une *invalidité* probablement permanente du point de vue médical et théorique survient dans les cinq ans qui suivent un *accident*, l'assureur verse le capital-invalidité calculé en fonction du degré d'*invalidité*, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestations choisie. Une éventuelle *incapacité de gain* ou *incapacité de travail* suite à cet événement n'est pas prise en compte.

(...)

11. Comment détermine-t-on la taxation en cas d'invalidité ?

(...)

En cas d'invalidité partielle, la fraction du capital assuré en cas d'invalidité totale correspondant au degré d'invalidité sera versée.

(...)

19. Des prestations peuvent-elles être réduites ou refusées ?

(...)

En cas de violation fautive des obligations incombant à la personne assurée ou à l'ayant droit, l'assureur est en droit de réduire l'indemnité à hauteur du montant qui aurait pu être économisé si le cas avait été annoncé à temps.

(...)

20. Que faire en cas de sinistre ?

Lorsqu'un *accident* survient et que celui-ci donne probablement droit aux prestations de l'assureur, il doit être annoncé sans délai à ce dernier.

(...)

22. Quand les prestations d'assurance sont-elles échues ?

Les prestations d'assurances sont échues quatre semaines après que l'assureur a reçu toutes les indications et tous les certificats médicaux prouvant que le droit aux prestations et l'étendue de celles-ci sont justifiées ».

Les Conditions générales (ci-après : CGA) et supplémentaires d'assurance (ci-après : CSA) de H._____ pour l'assurance accidents en cas de décès et d'invalidité sont notamment libellées comme suit :

« **Art. 13 CGA Fixation de l'invalidité**

1. Si l'accident entraîne dans les cinq ans à dater de l'accident une invalidité probablement permanente, G._____ paie le capital assuré, à savoir : en entier, en cas d'invalidité totale ; en proportion du degré d'invalidité, en cas d'invalidité partielle.

(...)

2. L'indemnité pour une invalidité de plus de 25% est augmentée comme suit :

de %	à %	de %	à %	de %	à %	de %	à %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

»

(réd. : Ce tableau paraît devoir être compris, selon la compréhension commune que semblent en avoir les parties, en ce sens que, par exemple, une invalidité de 55% donne droit à 125% du capital assuré)

3. a) Lors de l'accident du 28 mai 2004, M._____ a subi de nombreuses lésions conduisant à une invalidité entière. Cette dernière résulte en grande partie de lésions cérébrales et se traduit sur les plans

neuropsychologique (mémoire, attention, concentration, fatigabilité), psychique (changement de la personnalité avec une agressivité et une labilité affective due au traumatisme craniocérébral [ci-après TCC]), urologique, neurologique (audition) et par des troubles du sommeil. Ces atteintes se sont manifestées dans les cinq ans qui ont suivi l'accident, du moins en ce qui concerne les troubles neuropsychologiques et psychiques.

b) Par décision du 8 juillet 2008, l'OAI a octroyé à M. _____ une rente d'invalidité entière, fondée sur un degré d'invalidité - au sens de la LAI, et non médico-théorique - de 78%, avec effet au 1^{er} mai 2005.

c) Le 1^{er} février 2009, le Centre de neurologie de la Fondation Plein Soleil a établi un rapport qui mettait notamment en évidence la persistance d'un ralentissement important, de difficultés exécutives (difficultés de programmation, manque d'incitation verbale sémantique et non verbale) et d'une mémoire immédiate verbale déficitaire. Ce rapport recommandait, en substance, de maintenir une prise en charge dont la priorité serait « le travail de reprise d'activité professionnelle », de manière progressive, de façon à permettre à l'intéressée d'adapter ses limites cognitives résiduelles, de ne pas la surmener et de « continuer le travail de régulation neurocomportementale en situation familiale, sociale et de travail ».

A la suite d'une expertise réalisée le 3 décembre 2008, le Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMED) a établi le 3 avril 2009 un rapport dans lequel il a été constaté, chez M. _____, un « déficit modéré de la mémoire épisodique auditivo-verbale » ainsi qu'une « légère diminution des performances dans un test de mémoire épisodique verbale ». Les experts du CEMED ont considéré qu'étant donné la distance temporelle séparant l'expertise de l'événement traumatique et le caractère globalement superposable des résultats aux épreuves neuropsychologiques pratiquées depuis janvier 2006, le tableau cognitif pouvait être considéré comme stabilisé. Ils ont en outre estimé à 35% le degré de l'atteinte subie sur le plan neuropsychologique par M. _____ en raison de l'accident du 28 mai 2004. Ils ont encore indiqué que l'état

médical définitif avait été atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, probablement depuis 2006-2007 et qu'aucune amélioration notable n'était à attendre ultérieurement. Ce rapport a été directement communiqué à l'assureur LAA de l'intéressée.

d) M. _____ se plaignant de problèmes d'incontinence, elle a subi, le 27 avril 2010, un bilan urodynamique. Ensuite de ce bilan, le Dr Y. _____ a proposé différents traitements. Il a toutefois précisé, dans son rapport _____ du 5 mai 2010, que si ces traitements n'apportaient aucun changement, il faudrait accepter le fait que l'intéressée gardait une problématique urinaire post TCC. Entendu en qualité de témoin en première instance, Z. _____, médecin qui suit M. _____ depuis son accident, a indiqué que tous les traitements avaient échoué et que les troubles urinaires de cette dernière perduraient aujourd'hui. Il a encore précisé qu'avec la durée des traitements médicamenteux, la problématique urinaire n'avait été définitive que vers la fin de l'année 2010, voire le début de l'année 2011.

En mai 2011, en raison de l'intolérance au bruit dont souffre M. _____, le Dr Z. _____ a préconisé le port d'un appareillage auditif. Entendu à ce sujet, ce praticien a indiqué que les troubles auditifs avaient été présents de façon marquée à la suite du TCC, puis qu'ils s'étaient estompés dès lors que M. _____ n'était pas gênée lorsqu'elle se trouvait seule à la maison mais qu'ils étaient réapparus de manière plus marquée quand la prénommée avait intégré une vie professionnelle et sociale.

Afin de traiter les troubles du sommeil de l'intéressée, le Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS) du CHUV a réalisé une polysomnographie le 8 août 2011. Cet examen a montré une diminution de l'efficacité du sommeil, composé presque exclusivement de stade léger (stade I et II), dépourvu de sommeil paradoxal et entrecoupé de nombreux réveils nocturnes. S'agissant des troubles du sommeil, le Dr Z. _____ a indiqué, lors de son audition en qualité de témoin en première instance, que ceux-ci étaient présents dès le TCC, qu'ils avaient diminué avec le temps mais demeuraient augmentés.

Le témoin Z. _____ a en outre précisé qu'il ne faisait aucun doute que les troubles urologiques, auditifs et du sommeil de l'intéressée étaient liés à l'accident mais que certains rattachements s'étaient fait tardivement, dès lors que certains troubles étaient apparus de manière plus marquée plus tard. Il a également indiqué que les troubles urologiques ne l'avaient pas frappé lors de l'hospitalisation, mais par la suite lors des consultations ambulatoires. Il a enfin expliqué qu'au début, il avait été difficile de savoir si les problèmes urologiques de M. _____ étaient en relation avec les troubles du sommeil, mais que lorsque le sommeil avait été moins fractionné, il avait été clair que les troubles perduraient et jouaient un rôle dans ce fractionnement du sommeil.

4. Par courrier du 17 novembre 2011, le conseil de M. _____ a indiqué à H. _____ qu'il avait réalisé, dans le cadre d'un litige opposant sa cliente à l'assureur responsabilité civile du responsable de l'accident, que celle-ci était titulaire d'une assurance prévoyant une couverture d'un capital-invalidité. Il a alors demandé à H. _____ de lui adresser une copie de la police et des CGA y relatives, ainsi qu'une déclaration de renonciation à la prescription.

Par courrier du 2 décembre 2011, H. _____ a informé le conseil de M. _____ que l'accident ne lui avait pas été déclaré, raison pour laquelle il lui était impossible de fournir une renonciation à la prescription. Ce courrier était accompagné d'une police d'assurance de 2012, remplaçant une police de 2010, et des CGA, édition du 1^{er} janvier 2007.

Par courrier du 7 décembre 2011, le conseil de M. _____ a, à nouveau, requis une déclaration de renonciation à la prescription. Dans cet envoi, il a indiqué, en substance, que s'agissant spécifiquement de l'annonce de sinistre, l'intéressée avait subi, lors de l'accident, un traumatisme crânien et qu'elle avait toujours d'importants troubles mnésiques, ce qui pouvait expliquer le cas échéant le retard à se prévaloir de la police en cause ; il a en outre précisé que de toute façon, ni les CGA,

ni la loi ne faisaient dépendre les prestations d'une annonce immédiate du sinistre.

Par déclaration du 13 décembre 2011, H._____ a renoncé à faire valoir la prescription, pour autant que celle-ci ne fût pas acquise au jour en question, jusqu'au 28 mai 2013. Par courrier du même jour, H._____ a requis divers documents d'ordre médical.

Par courrier du 19 décembre 2011, le conseil de M._____ a fourni à H._____ de nombreux documents médicaux relatifs à l'accident dont sa cliente avait été victime.

Le 23 décembre 2011, H._____ a demandé la production de la déclaration d'accident faite auprès de [...], soit l'assurance-accident de M._____.

Par courrier du 3 janvier 2012, le conseil de M._____ a indiqué à H._____ ne pas être en possession de ladite déclaration d'accident et a produit d'autres pièces.

5. Dans le cadre du procès divisant M._____ d'avec l'assureur responsabilité civile du responsable de l'accident, le Professeur X._____ a établi, le 24 janvier 2013, un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

« Chez l'expertisée, qui a souffert d'un TCC (28.05.2004) avec à l'IRM cérébrale du 04.06.2004 de multiples contusions cérébrales bilatérales de type de lésions axonales diffuses, principalement frontales gauches, fronto-basales droites et polaires temporales gauches, on trouve :

- un changement de personnalité avec une agressivité et une labilité affective post-TCC,

- une lenteur importante durant tout l'examen qui s'accroît avec la durée.

- un déficit dans l'attention soutenue, mais surtout important dans l'attention divisée.

- un déficit modéré dans les fonctions frontales - exécutives surtout dans la flexibilité mentale, verbale et avant tout dans le contrôle des interférences alors que l'identification des concepts est intacte.

Par contre il y a eu des améliorations à travers le temps :
- il n'y a plus de trouble phaso-practo-gnosique.
- il n'y a plus de troubles de mémoire proprement dit, toutefois, l'empan et la mémoire de travail sont limités.

Ces déficits sont pleinement expliqués par, et concordent bien avec, les lésions fronto-temporales bilatérales dont a souffert l'expertisée.

Huit ans après l'accident avec des efforts considérables de thérapie et de rééducation, un état final est atteint et une amélioration ne peut plus être attendue. »

6. Le 15 avril 2013, le conseil de M._____ a requis une nouvelle déclaration de renonciation à la prescription de la part de H._____ jusqu'au 28 mai 2014. N'ayant pas obtenu de réponse, il a reformulé cette demande par courriers des 14 et 27 mai 2013.

Par courrier du 27 mai 2013, H._____ a informé le conseil de M._____ du fait qu'elle avait transmis ce dossier à G._____, société s'occupant de l'assurance de capital [...].

Le 28 mai 2013, M._____ a déposé une requête de conciliation auprès de la Chambre patrimoniale cantonale.

Par courrier du 4 juin 2013, G._____ a accepté de renoncer à se prévaloir de la prescription jusqu'au 28 mai 2014, à condition que celle-ci ne soit pas déjà devenue effective. Elle a en outre informé le conseil de M._____ qu'elle avait besoin d'une procuration lui permettant d'avoir de plus amples renseignements, afin d'examiner le droit de l'intéressée à des prestations.

Le 6 juin 2013, le conseil de M._____ a renvoyé la procuration et a retiré sa requête de conciliation, ce dont le Juge délégué de la Chambre patrimoniale cantonale a pris acte par courrier du 12 juin 2013.

Par courrier du 27 janvier 2014, G._____ a, en substance, indiqué au conseil de M._____ qu'elle considérait que le droit de cette dernière à obtenir des prestations de sa part était prescrit. Elle relevait

notamment que le CEMED avait confirmé une atteinte à l'intégrité dans son expertise réalisée le 3 décembre 2008 et que la prescription était dès lors devenue effective au plus tard le 3 décembre 2010, conformément au délai de deux ans prévu à l'art. 46 al. 1 LCA.

Par courrier du 10 février 2014, le conseil de M._____ a réfuté l'argumentation de G._____.

Par correspondance du 14 mai 2014, G._____ a déclaré renoncer à se prévaloir de la prescription jusqu'au 31 décembre 2014, à condition qu'elle ne soit pas déjà devenue effective.

Le 19 juin 2014, G._____ a confirmé sa prise de position, en ce sens qu'elle considérait que les prétentions litigieuses étaient prescrites.

7. a) Le 29 octobre 2014, M._____ a ouvert action par le dépôt d'une requête de conciliation dirigée contre G._____ et H._____.

La conciliation n'ayant pas abouti, une autorisation de procéder lui a été délivrée le 6 janvier 2015.

b) Par demande du 26 mars 2015, M._____ a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce que G._____ (I), subsidiairement H._____ (II), doive lui payer immédiatement la somme minimale de 250'000 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2013.

Par courrier de son conseil du 4 mai 2015, G._____ a reconnu sa légitimation passive et a indiqué que le procès était devenu sans objet à l'encontre de H._____, ce que celle-ci a confirmé par correspondance du 22 mai 2015.

Par courrier du 15 juin 2015, la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale a déclaré H._____ hors de cause et de procès.

Le 26 mai 2015, M._____ a déposé une demande « corrigée » par laquelle elle a conclu, sous suite de frais et dépens, au paiement par G._____ d'une somme minimale de 250'000 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2013.

Par « mémoire-réponse » du 24 août 2015, G._____ a conclu au rejet de la demande, avec suite de frais et dépens.

c) Le 13 septembre 2016, une audience a été tenue, lors de laquelle le témoin Z._____ a été entendu.

d) Mandaté en cours d'instance comme expert, le Dr R._____ a rendu le 4 novembre 2016 un rapport dans lequel il a notamment relevé qu'en sus du taux d'invalidité de 35% retenu par le CEMED, il se justifiait de retenir un taux d'invalidité de 5% pour les séquelles auditives et de 5% pour les séquelles urologiques. Il a estimé ainsi que le taux d'invalidité total de M._____ s'élevait à 45%. Il a considéré en outre que cette dernière pouvait gérer quelques affaires courantes et simples mais qu'elle n'avait toutefois pas pu, sur plusieurs années, avoir une compréhension suffisante de l'ensemble de ses affaires administratives. Il a enfin retenu que les troubles neuropsychologiques de l'intéressée avaient été la raison pour laquelle celle-ci n'avait pas pu prendre conscience qu'elle bénéficiait de la couverture d'assurance litigieuse.

Le 8 février 2017, le Dr R._____ a déposé un complément d'expertise dans lequel il a confirmé que le degré d'invalidité de 45%, en lien avec les séquelles urologiques, d'hyperacousie et les troubles neuropsychologiques-neuropsychiatriques, se rapportait au moment de l'établissement de l'expertise, dans tous les cas. Il a estimé que ce taux pouvait déjà être retenu en avril 2009, soit au moment de l'expertise CEMED, mais en tous les cas dès janvier 2013, date de l'expertise du Professeur X._____. Il a précisé que tant les troubles urinaires que les troubles auditifs de l'intéressée étaient stables dès cette date.

e) Par courriers des 27 et 28 mars 2017, les parties ont renoncé à la tenue d'une audience de plaidoiries finales au profit du dépôt de plaidoiries écrites. Celles-ci ont été déposées les 29 et 30 juin 2017. Les parties ont en outre déposé, le 25 août 2017, des plaidoiries écrites responsive.

Une séance de délibérations a eu lieu le 21 septembre 2017.

En droit :

1.

1.1 L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC) au sens de l'art. 236 CPC, dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse au dernier état des conclusions devant l'autorité précédente est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC).

L'appel doit être introduit auprès de l'instance d'appel, soit de la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [Loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]), dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC).

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

2.

2.1 L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (Tappy, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, JdT 2010 III 134). Elle peut revoir librement la constatation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JdT 2011 III 43 consid. 1 et les références citées).

2.2 L'art. 247 al. 2 CPC prévoit que le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'art. 243 al. 2 CPC, et donc notamment dans les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 243 al. 2 let. f CPC). Cette disposition prévoit ce qu'on appelle la maxime inquisitoire sociale ou atténuée, qui se distingue de la maxime inquisitoire pure ou illimitée applicable notamment dans certains domaines du droit de la famille (Tappy, CPC commenté, 2011, n. 21 ad art. 247 CPC).

2.3

2.3.1 Les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives (art. 317 al. 1 CPC ; Tappy, op. cit., JdT 2010 III 115, spéc. p. 138). Il appartient à l'appelant de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (JdT 2011 III 43 et les références citées).

On distingue à cet effet vrais et faux novas. Les vrais novas sont des faits ou moyens de preuve qui ne sont nés qu'après la fin de l'audience de débats principaux de première instance ; ils sont recevables en appel lorsqu'ils sont invoqués sans retard après leur découverte. Les faux novas sont des faits ou moyens de preuve nouveaux qui existaient

déjà lors de l'audience de débats principaux ; leur recevabilité en appel est exclue s'ils auraient pu être invoqués en première instance en faisant preuve de la diligence requise (Colombini, Condensé de la jurisprudence fédérale et vaudoise relative à l'appel et au recours en matière civile, in JdT 2013 III 131, spéc. p. 150, n. 40 et les références citées).

Les conditions de l'art. 317 al. 1 CPC sont applicables même lorsque la cause est soumise à la maxime inquisitoire sociale (ATF 142 III 413 consid. 2.2.2 ; ATF 138 III 625 consid. 2.2 ; TF 5A_788/2017 du 2 juillet 2018 consid. 4.2.1 ; Hurni, Zum Rechtsmittelgegenstand im Schweizerischen Zivilprozessrecht, 2018, nos 229-231 p. 74/75).

2.3.2 En l'espèce, en plus des pièces dont la production a été requise d'office par le Juge délégué de la Cour de céans, l'appelante a produit une pièce nouvelle – à savoir un courrier de son médecin traitant à l'attention de l'OAI, sollicitant la prise en charge de protections auditives en sa faveur (pièce D) –, dont il convient d'examiner la recevabilité au regard des conditions de l'art. 317 al. 1 CPC. Ce courrier est daté du 15 octobre 2010, de sorte que rien n'empêchait a priori qu'il fût produit lors de la procédure de première instance. Partant, sa production au stade de l'appel est irrecevable. Quoi qu'il en soit, cette pièce n'apparaît de toute manière pas pertinente pour trancher le présent litige, pour les raisons qui seront exposées ci-après (cf. *infra* consid. 3.2. et 3.3).

3.

3.1 Est litigieuse la question de savoir si les prétentions en paiement d'un capital en cas d'invalidité que l'appelante fait valoir contre l'intimée sont ou non prescrites.

A cet égard, les premiers juges ont relevé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le délai de prescription applicable en l'espèce – soit le délai de deux ans de l'art. 46 al. 1 LCA – courait dès l'instant où l'invalidité de l'appelante avait été acquise dans son principe, indépendamment du fait que son taux global d'invalidité eût pu évoluer

par la suite. Cela étant, ils ont considéré que le principe de l'invalidité de l'appelante avait été établi à partir du moment où celle-ci avait perçu une rente d'invalidité de l'OAI, soit depuis le mois de juillet 2008, de sorte que la prescription était intervenue avant la signature, le 13 décembre 2011, de la première déclaration de renonciation à invoquer la prescription. Par surabondance, ils ont observé que même dans l'hypothèse où l'invalidité n'aurait été acquise que depuis la communication du rapport d'expertise du CEMED, soit le 3 mai 2009, le délai biennal de l'art. 46 al. 1 LCA aurait dans tous les cas été échu avant le 13 décembre 2011.

L'appelante fait notamment valoir que la police d'assurance en cause serait destinée à compenser, non pas un préjudice économique, mais un préjudice anatomique ; par conséquent, les premiers juges n'auraient pas dû retenir, comme point de départ du délai de prescription, la date à laquelle elle avait reçu la décision de l'OAI lui octroyant une rente entière d'invalidité, ce seul fait ne lui permettant pas de connaître son taux d'invalidité anatomique. L'appelante soutient qu'il conviendrait plutôt de retenir que le délai de prescription n'aurait commencé à courir que dès l'instant où elle aurait eu connaissance de sa prétention maximale ; or en l'occurrence, elle aurait ignoré sa prétention maximale avant que toutes les atteintes à sa santé fussent connues, dès lors qu'il convient d'additionner lesdites atteintes pour déterminer le taux d'invalidité anatomique donnant droit à des prestations, ce taux étant progressif selon les CGA applicables. Dans la mesure où il ressort du jugement attaqué que plusieurs atteintes n'ont été définitives qu'après le 13 décembre 2009, l'appelante en conclut que le délai de deux ans de l'art. 46

al. 1 LCA n'aurait pas été échu au moment de la signature, le 13 décembre 2011, de la première renonciation à invoquer la prescription. Elle estime en outre que les premiers juges ne pouvaient pas retenir, par surabondance, un point de départ du délai de prescription au jour de la communication du rapport d'expertise du CEMED, puisqu'elle n'aurait pas eu connaissance de ce rapport à cette date et que celui-ci chiffrerait uniquement le préjudice en relation avec l'atteinte neuropsychologique.

Pour sa part, l'intimée estime que, comme l'ont relevé les premiers juges, le principe de l'invalidité aurait été établi à partir du moment où l'appelante a perçu une rente entière de l'AI et que le délai de prescription aurait commencé à courir à ce moment. Elle conteste notamment qu'il y aurait lieu de retenir comme dies a quo du délai de prescription le moment où l'appelante aurait eu connaissance de sa prétention maximale, arguant que la jurisprudence invoquée à cet égard ne concernerait que la responsabilité basée sur l'art. 60 al. 1 CO. Elle conteste également que l'appelante aurait ignoré, jusqu'en 2011, la police en cause et le fait qu'il pouvait en découler des prétentions en sa faveur, respectivement que l'appelante n'aurait pas eu connaissance du rapport du CEMED lors de sa communication en mai 2009.

3.2

3.2.1 Les prestations litigieuses sont déduites de l'assurance-accidents complémentaire, à savoir d'une assurance privée à laquelle s'appliquent les règles de la LCA (TF 4A_228/2016 du 16 janvier 2017 consid. 1 ; TF 4A_644/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.2 ; Brehm, L'assurance privée contre les accidents, 2001, n. 673, p. 305).

Dans l'assurance privée contre les accidents, l'invalidité se définit, si les parties n'ont rien convenu d'autre, comme une atteinte définitive à l'intégrité corporelle diminuant la capacité de travail, sans qu'il soit nécessaire que l'assuré éprouve effectivement un préjudice économique ensuite de l'accident (cf. art. 88 LCA ; ATF 118 II 447 consid. 2b ; TF 5C.61/2003 du 23 octobre 2003 consid. 3.5). L'invalidité correspond, sauf clauses contractuelles particulières, à une incapacité de travail théorique et abstraite, établie pour la moyenne des cas, sans tenir compte de la profession de l'assuré et des circonstances du cas concret (TF 4A_644/2014 précité consid. 2.2 ; TF 5C.19/2006 du 21 avril 2006 consid. 2.2 et les références citées ; TF C.457/1982 du 2 juin 1983 consid.

3b/aa in RBA XV n 96
pp. 516 ss.).

3.2.2 En vertu de l'art. 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. La LCA renvoie par ailleurs au Code des obligations (CO) pour toutes les questions qu'elle ne règle pas (art. 100 al. 1 LCA).

Au terme d'une évolution, la jurisprudence a précisé que le "fait d'où naît l'obligation" ne se confond pas nécessairement avec la survenance du sinistre, même s'il s'agit de la cause première de l'obligation d'indemnisation. Selon le type d'assurance envisagée, la prestation de l'assureur n'est due que si le sinistre engendre un autre fait précis. Ainsi, en matière d'assurance-accidents, le contrat peut prévoir une couverture en cas d'invalidité ; ce n'est alors pas l'accident comme tel, mais la survenance de l'invalidité qui donne lieu à l'obligation de payer des prestations. La prescription commence donc à courir avec le fait qui donne naissance à l'obligation de base (grundsätzliche Leistungspflicht) de l'assureur de verser des prestations. S'agissant d'une indemnité pour invalidité, la prescription court dès le jour où il est acquis qu'il existe une invalidité, à savoir généralement lorsqu'il faut admettre que les mesures thérapeutiques destinées à conjurer le mal ou, du moins, à limiter les effets de l'atteinte dommageable ont échoué. Par contre, il n'est pas nécessaire que le taux d'invalidité soit définitivement déterminé ; c'est l'invalidité dans son principe, et non dans son ampleur, qui doit être acquise, à moins que le contrat d'assurance ne prévoie par exemple qu'un taux minimal d'invalidité doit être atteint pour que le cas d'assurance soit réalisé. Peu importe, enfin, le moment où l'assuré a eu connaissance de son invalidité ; contrairement aux art. 60 CO et 83 al. 1 LCR (Loi fédérale sur la circulation routière du 19 décembre 1958 ; RS 741.01), le point de départ du délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA est fixé de manière objective (ATF 139 III 263 consid. 1.2 ; ATF 127 III 268 consid. 2b et 2c ; ATF 118 II 447 consid. 3b et 4c ; TF 4A_228/2016 précité consid. 2.1 ; TF 4A_644/2014 précité consid. 2.3 ; TF 5C.61/2003 précité consid. 3.3 et

3.5 ; Graber, in Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, p. 163).

Le point de départ de la prescription n'est pas lié à l'exigibilité de la créance. En effet, dans la LCA, l'exigibilité dépend des renseignements donnés par l'assuré (art. 41 LCA), et le législateur ne voulait pas que celui-ci puisse influencer sur le départ de la prescription. La prescription peut ainsi courir avant que la prestation ne soit devenue exigible (ATF 139 III 263 précité consid. 1.2 ; TF 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.4.2). En revanche, une fois la prestation d'assurance devenue exigible, la prescription, bien évidemment, court (art. 130 al. 1 CO ; TF 4A_644/2014 précité consid. 2.3).

3.2.3

3.2.3.1 Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions. Si une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi ; il faut donc procéder à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, qui peut ne pas correspondre à la volonté intime de l'assureur. Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque ; il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il peut le comprendre de bonne foi à la lecture du contrat et des conditions générales incorporées à celui-ci. Si l'assureur entend apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombe de le dire clairement (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; TF 4A_644/2014 précité consid. 1.2).

3.2.3.2 D'une manière générale, les parties ne veulent pas attendre indéfiniment la consolidation du cas. C'est pourquoi, les conditions générales d'assurance (CGA) prévoient d'ordinaire que le taux d'invalidité doit être fixé au plus tard après l'écoulement d'un certain laps de temps. Les contrats actuels fixent généralement le délai d'attente maximum à cinq ans. A l'échéance de ce laps de temps (mais seulement s'il faut compter raisonnablement avec une invalidité), l'expert se voit chargé de la tâche délicate de déterminer s'il faut réellement escompter une invalidité « probablement permanente » (art. 88 LCA) et, de plus, quel taux celle-ci atteindra (Brehm, op. cit., p. 234).

Dans un litige où les CGA applicables prévoyaient que « la somme d'invalidité ou la rente » était « payée dès que l'importance de l'invalidité permanente » pouvait « être déterminée, mais au plus tard cinq ans après le jour de l'accident », le Tribunal fédéral a notamment relevé que la règle des cinq ans devait être comprise dans le sens qu'elle déterminait le moment à partir duquel l'assureur avait la possibilité de régler le cas même si l'importance de l'invalidité permanente de l'assuré ne pouvait pas encore être définitivement déterminée ; elle permettait ainsi à l'assureur de ne pas devoir garder un dossier indéfiniment ouvert en lui ménageant la possibilité de liquider le cas après cinq ans, sur la base de l'état de fait qui se présentait à ce moment-là, et à l'assuré ou au tiers bénéficiaire d'exiger le versement des prestations cinq ans après l'accident (TF 4A_644/2014 précité consid. 1.4). Dans cette affaire, le Tribunal fédéral a ainsi jugé que la prestation de l'assureur était devenue exigible à l'échéance du délai de cinq ans à compter de l'accident prévu par les CGA et que le délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA avait commencé à courir à cet instant.

3.3

3.3.1 Il convient premièrement de constater, avec l'appelante, que c'est bel et bien l'invalidité médico-théorique, indépendante de toute perte de gain effective, qui est assurée dans le cas d'espèce. En effet, sous le titre « Prestations / A Capital-invalidité / 9. Comment l'invalidité est-elle déterminée », les conditions d'assurance (CA) régissant la police en cause

font référence à « une invalidité probablement permanente du point de vue médical et théorique » et excluent expressément de cette notion la prise en compte d'une incapacité de gain ou d'une incapacité de travail.

3.3.2 Les premiers juges ont retenu, à raison, que l'invalidité de l'appelante avait été acquise dans son principe au moment où celle-ci avait été mise au bénéfice d'une rente entière de l'AI, soit depuis le mois de juillet 2008, puisque de telles rentes ne sont pas octroyées si l'invalidité n'est pas permanente.

Cela étant, c'est à tort que l'appelante soutient que la jurisprudence ressortant du jugement entrepris – selon laquelle ce n'est pas l'ampleur mais le principe de l'invalidité qui fait courir le délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA –, ne s'appliquerait qu'aux assurances compensant un préjudice économique et non à celles couvrant une invalidité anatomique ou médico-théorique. Dans une affaire récente impliquant une assurance privée contre les accidents couvrant les conséquences de l'invalidité médico-théorique, le Tribunal fédéral a, au contraire, jugé que l'invalidité présumée permanente était acquise au jour du premier rapport du premier expert chargé de se prononcer notamment sur le taux d'invalidité à indemniser, quand bien même ce taux pouvait encore augmenter en raison d'un début de coxarthrose (TF 4A_228/2016 précité consid. 2.2). Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle c'est le moment où le principe de l'invalidité est établi, indépendamment de la détermination précise de son taux, qui constitue le point de départ du délai de l'art. 46 al. 1 LCA.

C'est également en vain que l'appelante soutient que le délai de prescription n'aurait commencé à courir que dès l'instant où elle aurait eu connaissance de sa prétention maximale, soit une fois que toutes les atteintes à sa santé auraient été connues. La jurisprudence qu'elle invoque à cet égard (TF 4A_135/2017 du 23 novembre 2017 consid. 5.1) n'est pas transposable au cas d'espèce, dès lors qu'elle concerne la prescription en matière de

responsabilité civile
(art. 60 CO), dont les principes diffèrent de ceux régissant la prescription en matière de contrat d'assurance au sens de la LCA. De jurisprudence constante, le point de départ du délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA est en effet fixé - à l'inverse de ce qui prévaut dans le domaine de la responsabilité civile - de manière objective, indépendamment du moment où l'assuré a eu connaissance de son invalidité (cf. *supra* consid. 3.2.2).

On ne saurait davantage suivre l'appelante lorsqu'elle soutient que la prescription n'aurait pas pu courir avant l'échéance (exigibilité) de la prestation litigieuse, qui se situe, selon les art. 41 LCA et 22 CGA, au plus tôt quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements lui permettant de se convaincre du bien-fondé de la prétention. En effet, la jurisprudence précitée a rappelé à de multiples reprises que le point de départ de la prescription selon la LCA était indépendant de l'échéance de la créance (cf. *supra* consid 3.2.2), ce qui scelle le sort du grief.

En résumé, le point de départ du délai de prescription ne dépend ni du fait que l'ampleur de l'invalidité de l'appelante aurait continué d'évoluer après que celle-ci eût été mise au bénéfice d'une rente entière de l'AI, ni du fait que l'appelante aurait été dans l'impossibilité de chiffrer sa prétention maximale à cette date ; le dies a quo de la prescription n'est en outre pas influencé par la question de l'échéance des prestations litigieuses selon les art. 41 LCA et 22 des CGA. A l'instar des premiers juges, il y a ainsi lieu de retenir que le principe de l'invalidité de l'appelante était acquis à tout le moins depuis le mois de juillet 2008, lorsqu'une rente entière de l'AI lui a été octroyée, et que la prescription courait dès cet instant ; partant, le délai de deux ans de l'art. 46 al. 1 LCA était échu au moment de la signature, le 13 décembre 2011, de la première déclaration de renonciation à la prescription.

3.3.3 Contrairement à ce que soutient l'appelante, on ne saurait reprocher aux premiers juges d'avoir retenu, par surabondance, un point

de départ du délai de prescription au jour de la communication du rapport d'expertise du CEMED, au motif que l'invalidité était en tous les cas acquise à cette date. Le fait que l'appelante n'aurait prétendument pas eu connaissance de ce rapport à l'époque est à cet égard sans pertinence, dès lors que, comme il a déjà été exposé (cf. *supra* consid. 3.2.2 et 3.3.2), le délai de l'art. 46 al. 1 LCA court indépendamment du moment où l'assuré a eu connaissance de son invalidité. Au demeurant, c'est en vain que l'appelante soutient que la communication de ce rapport ne pourrait pas déclencher le cours de la prescription, au motif qu'il chiffrerait uniquement le préjudice en relation avec l'atteinte neuropsychologique et qu'il ne tiendrait pas compte des séquelles urologiques et d'hyperacousie intervenues ultérieurement. Comme déjà indiqué, il n'est pas nécessaire que le taux d'invalidité soit arrêté définitivement et précisément pour que la prescription coure, dès l'instant où le principe de l'invalidité permanente est établi. De plus, l'expert R. _____ a relevé, dans son complément d'expertise, que le taux d'invalidité global de 45% - lequel inclut les séquelles urologiques et d'hyperacousie - pouvait déjà être retenu au moment de la communication du rapport du CEMED. Enfin, il n'y a de toute manière pas lieu de tenir compte d'éventuelles atteintes à la santé qui seraient survenues après le 28 mai 2009, pour les motifs qui seront exposés ci-après (cf. *infra* consid. 3.3.4).

En définitive, on ne distingue pas en quoi les premiers juges auraient erré en considérant que même si l'invalidité de l'appelante n'avait été acquise que depuis la communication du rapport d'expertise du CEMED, soit le 3 mai 2009, le délai de prescription de deux ans de l'art. 46 al. 1 LCA aurait été échu avant que la première déclaration de renonciation à la prescription soit signée, le 13 décembre 2011.

3.3.4 On relèvera enfin que sous le titre « Prestations / A Capital-invalidité / 9. Comment l'invalidité est-elle déterminée », les CA prévoient que « Si une invalidité probablement permanente du point de vue médical et théorique survient dans les cinq ans qui suivent un accident, l'assureur verse le capital-invalidité calculé en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestations choisie ».

Sous le titre « Fixation de l'invalidité », l'art. 13 des CGA et CSA de H._____ pour l'assurance accidents en cas de décès et d'invalidité dispose en outre que « Si l'accident entraîne dans les cinq ans à dater de l'accident une invalidité probablement permanente, G._____ paie le capital assuré ... ». Bien que formulées en partie différemment, ces deux dispositions ont le même objet que la clause interprétée par le Tribunal fédéral dans l'arrêt TF 4A_644/2014 précité ; elles doivent dès lors être comprises de la même manière, soit dans le sens que l'échéance du délai de cinq ans à compter de la survenance de l'accident détermine le moment à partir duquel l'assureur a la possibilité de régler le cas même si l'importance de l'invalidité permanente de l'assuré ne peut pas encore être définitivement déterminée, avec comme conséquence que la prescription court en tous les cas à cette date. Aussi, même dans l'hypothèse où l'invalidité de l'appelante n'aurait pas été acquise cinq ans après l'accident – ce qu'il n'y a pas lieu d'admettre –, le délai de l'art. 46 al. 1 LCA aurait commencé à courir à cet instant, soit le 28 mai 2009, indépendamment de toutes atteintes à la santé apparues postérieurement ; la prescription serait dès lors de toute manière intervenue le 29 mai 2011 au plus tard, soit avant la signature, le 13 décembre 2011, de la première déclaration de renonciation.

3.3.5 Au vu de ce qui précède, c'est à raison que les premiers juges ont retenu que les prétentions soulevées par l'appelante contre l'intimée étaient prescrites.

4.

4.1 L'appelante soutient encore que même si la prescription devait être acquise, il faudrait considérer, notamment au vu du rapport de l'expert R._____, qu'elle n'était pas en mesure de réclamer le capital-invalidité litigieux et admettre sa demande en application de l'art. 45 al. 3 LCA. Elle fait en outre valoir que l'intimée aurait adopté un comportement contradictoire prohibé par l'art. 2 CC, en sollicitant de sa part des informations complémentaires, les 13 décembre 2011 et 4 juin 2013, pour, ensuite, invoquer la prescription, une fois ces informations fournies.

4.2

4.2.1 En vertu de l'art. 45 al. 3 LCA, lorsque le contrat ou la loi fait dépendre de l'observation d'un délai un droit qui découle de l'assurance, le preneur ou l'ayant droit qui est en demeure sans faute de sa part peut, aussitôt l'empêchement disparu, accomplir l'acte retardé. Cette disposition s'applique notamment lorsque le contrat prévoit un délai de déchéance, soumis aux exigences de l'art. 46 al. 2 LCA, pour agir en justice (TF 4A_200/2008 du 18 août 2008 consid. 2.2.3 ; ATF 74 II 97 consid. 4 ; Graber, in Basler Kommentar, op. cit., n. 43 ad art. 46 LCA).

Selon la jurisprudence relative à l'art. 45 al. 3 LCA, un délai est écoulé sans la faute du preneur d'assurance ou de l'ayant droit lorsque des circonstances dont il ne répond pas l'ont empêché d'agir dans le délai, ou encore lorsque, bien qu'il lui eût été possible d'agir dans le délai, cela ne pouvait être raisonnablement exigé de lui selon les règles de la bonne foi, compte tenu des circonstances (TF 4A_644/2014 précité consid. 3.1 ; TF 200/2008 précité consid. 2.2.3).

4.2.2 A teneur de l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances de l'espèce, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1). Le recours à la règle prohibant l'abus de droit doit se concilier avec la finalité, telle que l'a voulue le législateur, de la norme matérielle applicable au cas concret (ATF 107 Ia 206 consid. 3b).

Selon la jurisprudence, le débiteur commet un abus de droit en se prévalant de la prescription, non seulement lorsqu'il amène

astucieusement le créancier à ne pas agir en temps utile, mais également lorsque, sans mauvaise intention, il a un comportement qui incite le créancier à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pendant le délai de prescription et que, selon une appréciation raisonnable, fondée sur des critères objectifs, ce retard apparaît compréhensible. Le comportement du débiteur doit être en relation de causalité avec le retard à agir du créancier (ATF 131 III 430 consid. 2; ATF 128 V 236 consid. 4a). En revanche, si, une fois la prescription acquise, le débiteur a adopté une attitude propre à dissuader le créancier d'agir, ce dernier ne saurait invoquer l'abus de droit (Pichonnaz, in Commentaire romand, 2^e éd., 2012, n. 13 ad art. 142 CO) ; en effet, le comportement du débiteur ne joue plus aucun rôle après l'écoulement du délai de prescription, sauf s'il en ressort qu'il renonce au droit de soulever l'exception de prescription (ATF 113 II 264 consid. 2e ; TF 4A_644/2014 précité consid. 3.1 ; TF 4A_228/2016 précité consid. 2.3).

4.3

4.3.1 En l'espèce, comme l'ont relevé les premiers juges, l'appelante était assistée d'un conseil depuis de nombreuses années et bénéficiait en outre de l'aide de sa mère, ce qui lui a notamment permis d'effectuer les démarches pour obtenir une rente de l'AI et d'entreprendre une procédure civile à l'encontre de l'assurance du responsable de l'accident. On ne saurait dès lors retenir qu'elle n'aurait pas été en mesure d'exercer ses droits auprès de l'intimée avant l'échéance du délai de prescription, dès l'instant où elle a été capable, avec l'aide de sa mère et de son avocat, de les faire valoir auprès d'autres entités. Le fait que l'expert R. _____ ait relevé, dans son rapport d'expertise, qu'en raison de ses troubles neuropsychologiques, l'appelante ne pouvait pas prendre conscience qu'elle bénéficiait de la couverture d'assurance litigieuse ne change rien à ce constat, dans la mesure où l'appelante disposait d'une assistance suffisante de tiers pour pouvoir agir utilement contre l'intimée. Partant, l'art. 45 al. 3 LCA ne trouve pas application dans le cas présent.

Il n'y a pas non plus lieu de considérer que l'intimée aurait invoqué l'exception de prescription de manière abusive, au motif qu'elle

aurait réclamé des documents et des renseignements le 13 décembre 2011, ainsi que le 4 juin 2013. Dès lors que les prétentions litigieuses étaient déjà prescrites à ces dates, un tel abus de droit ne saurait être retenu.

4.3.2 En définitive, c'est à raison que les premiers juges ont admis l'exception de prescription soulevée par l'intimée et qu'ils ont rejeté la demande pour ce motif.

5. Au vu de ce qui précède, l'appel doit être rejeté et le jugement entrepris confirmé.

Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il ne sera pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance.

Dès lors que l'appelante succombe, elle versera à l'intimée la somme de 4'000 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 106 al. 1 CPC, art. 3 al. 2 et 7 al. 1 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; RSV 270.11.6]).

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile
p r o n o n c e :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance.

IV. L'appelante M._____ doit payer à l'intimée G._____ la somme de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens de deuxième instance.

V. L'arrêt est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour M._____),
- Me Nadine Mounir Broccard (pour G._____),

et communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- M. le Juge président la Chambre patrimoniale cantonale.

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

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), le cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la

contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :