

VD_FINDINFO HC / 2024 / 555 vom 26. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2024___555

FR: VD_FINDINFO HC / 2024 / 555 du 26 août 2024

IT: VD_FINDINFO HC / 2024 / 555 del 26 agosto 2024

Regeste

FARDEAU DE LA PREUVE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE LA CIRCULATION, INVALIDITÉ PERMANENTE, CONTRAT D'ASSURANCE | 19 CO, 100 al. 1 LCA

Erwägungen

E. 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 affaires patrimoniales dont la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions de première instance, est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [Loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

E. 1.2

En l'espèce, l'appel, motivé, a été formé en temps utile contre une décision finale dans une cause dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., par une partie jouissant d'un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC). L'appel est dès lors recevable.

E. 2

L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que 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 (ATF 138 III 378 consid. 4.3.1 ; TF 4A_168/2022 du 10 juin 2022 consid. 5.2 et 6 ; Jeandin, in Bohnet et al. [éd.], Commentaire romand, Code de procédure civile, 2 e éd. 2019 [ci-après : CR-CPC], nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC) et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2). Le libre pouvoir d'examen ne signifie pas que le juge d'appel soit tenu, comme une autorité de première instance, d'examiner toutes les questions de fait ou de droit qui peuvent se poser, lorsque les parties ne les font plus valoir devant lui. Sous réserve de vices manifestes, il peut se limiter aux arguments développés contre le jugement de première instance dans la motivation écrite (ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 ; ATF 144 III 394 consid. 4.1.4, JdT 2019 II 147 ; ATF 142 III 413 consid. 2.2.4, JdT 2017 II 153 TF 4A_502/2021 du 17 juin 2022 consid. 4.1).

E. 3

Les questions de prescription (art. 46 LCA) et de couverture de la police d'assurance (surindemnisation) eu égard à la période de chômage de l'assuré (couvert par la CNA) ne sont plus litigieuses en appel. L'appelant dénonce, sous l'angle de l'arbitraire et d'un établissement erroné ou lacunaire des faits, une synthèse fautive des différents rapports médicaux. Il fait valoir que la Chambre patrimoniale n'a fait qu'un bref résumé succinct des rapports médicaux au dossier et n'a retenu comme établi que l'avis isolé du Dr G. _____, lequel aurait fini par faire changer d'avis la psychologue F. _____ en concilium. L'appelant soutient qu'au contraire tous les médecins « dans une belle unanimité » attribueraient « entièrement » les troubles actuels incapacitants de l'assuré à l'accident du 14 décembre 1997. Les éléments factuels dont on dispose sont suffisants pour statuer sur l'appel et les compléments requis – dont une partie relève d'ailleurs de l'appréciation plutôt que de l'établissement des faits – n'ont aucune incidence sur le sort de l'appel, ainsi qu'on l'expliquera ci-dessous (cf. consid. 7). Ce faisant, on peut analyser les arguments juridiques de l'appelant avant ses griefs relatifs à l'établissement des faits.

E. 3.1

Dans un contrat d'assurance soumis à la LCA, les parties sont libres dans la détermination du contenu de leur contrat (art. 19 al. 1 CO en relation avec l'art. 100 LCA), sauf dispositions impératives de la loi (art. 97 s. LCA ; TF 4A_352/2014 du 9 février 2015 consid. 4.1.1), qui n'est pas donnée en l'espèce. Les parties peuvent intégrer des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions particulières à leur contrat (TF 4A_352/2014 loc. cit.).

E. 3.2

En l'espèce, l'indemnisation demandée doit être examinée à l'aune des conditions générales de la police de l'assurance conclue. Aux termes de l'art. L 4.1 de ses conditions générales si un accident provoque, dans un délai de 10 ans à compter du jour de l'accident, une invalidité présumée définitive, l'assurance verse le capital d'invalidité. La prestation de l'assurance de l'intimée est soumise à 4 conditions cumulatives : la survenance d'un accident, l'invalidité (permanente), le rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'invalidité, et le délai de 10 ans entre la date de l'accident et l'invalidité. Les deux premières conditions ont été admises, à savoir la survenance d'un accident et l'invalidité permanente. En fonction des diagnostics retenus, on peut douter de l'invalidité permanente, mais cet aspect – qui n'est pas remis en cause en appel – peut être examiné sous l'angle des diagnostics durablement incapacitants en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident (ci-dessous, consid. 5 et 6). On relève à ce sujet aussi que l'incapacité de travail est certes – de facto – totale mais il convient de se référer à l'appréciation médicale. Or le Dr C. _____ – neurologue, auteur d'une expertise conjointe avec la Dre D. _____, neuropsychologue – a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité indépendante était totale, avec perte de rendement de 20%, l'atteinte à la santé ayant une incidence sur la quantité et non la qualité du travail. Les Drs G. _____ et W. _____ ont exclu l'activité habituelle mais pas une activité adaptée et parlent de reconditionnement (cf. rapport du 30 septembre 2015). On peut donc même douter d'une incapacité de travail, mais ce point peut aussi être laissé ouvert au vu des considérations qui suivent sur le lien de causalité naturelle et adéquate. Il s'agit donc d'examiner la question de la causalité naturelle et adéquate entre l'accident de 1997 et les troubles à la santé incapacitants dont souffre l'assuré.

E. 4.1.1

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. Une exception à ce principe peut toutefois être justifiée par un « état de nécessité en matière de preuve » (« Beweisnot »), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut pas être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et les réf. citées). Tel peut être le cas de l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante, qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les réf. citées). L'art.

E. 4.1.2

En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut pas trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que celui-ci traite les points litigieux de façon exhaustive, se fonde sur des examens complets, prenne en compte les plaintes exprimées, soit établi en pleine connaissance de l'anamnèse, présente et apprécie clairement la situation médicale et livre des conclusions dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 4A_505/2012 du 6 décembre 2012 consid. 3.6). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à faire douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 4.2

Le premier argument de l'appelant tombe à faux. Le fait que l'OAI ait fixé la date du début de l'invalidité à la date de l'accident ne signifie pas qu'il faille admettre automatiquement un lien de causalité entre l'accident et les troubles invalidants. Pour l'OAI, il s'agit de fixer à quand remonte l'incapacité de travail durable. Si d'autres troubles développés ultérieurement empêchent la reprise d'une activité et même si ces troubles ne sont pas en lien de causalité avec la première incapacité de travail, ils sont pertinents du point de vue de la capacité de travail et de l'ouverture du droit à une rente éventuelle. Ce ne sont au demeurant pas les normes de la loi fédérale du 9 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20 ; ci-après : LAI) qui s'appliquent en l'espèce par analogie. L'invalidité au sens de LAI peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. l'art. 4 al. 1 LAI). Les assureurs accidents ne se fondent pas sur le même paradigme dès lors qu'ils

indemnisent un événement accidentel. En matière d'accident, les suites ou la rechute doivent ainsi être dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'atteinte à la santé dommageable. Il convient dès lors de distinguer deux notions du registre de l'assurance-accident : la causalité naturelle et la causalité adéquate.

5.1 5.1.1 Selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), à laquelle se réfère la police d'assurance liant les parties, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

5.1.2 En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 2.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_14/2021 du 3 mai 2021 consid. 4.2.1 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les

références). En d'autres termes, ce n'est pas parce que l'accident pourrait effectivement avoir provoqué un trouble postérieurement à l'accident que le trouble est en lien de causalité adéquat avec l'accident. La question de la causalité adéquate est donc celle de savoir s'il est dans l'ordre ordinaire des événements, s'il est usuel que les personnes victimes d'un accident de la route de type coup du lapin développent par la suite des troubles neuropsychogènes et dépressifs. En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2). S'agissant en particulier de la causalité adéquate, la jurisprudence développée en matière d'assurance-accidents prévoit, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, d'abord de classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 précité consid. 3.3 et les références). Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas (troubles au premier plan), cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés

pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas (troubles distincts et indépendants), il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas de troubles psychiques constituant une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique, le moment auquel peut intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « coup du lapin » correspond à celui auquel l'assureur est en droit de clore le cas. Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, l'examen de la causalité adéquate doit être fait lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la personne assurée et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références). Par « une sensible amélioration de l'état de santé », il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

5.2 En l'occurrence, la critique portant sur l'établissement des faits, partant la synthèse des rapports médicaux, permet d'établir la causalité naturelle (et donc également adéquate s'agissant des troubles purement somatiques), laquelle a existé jusqu'en 1999 (ci-dessous consid. 5.2.1/III dernier paragraphe). Si la causalité naturelle doit être admise, il conviendra d'examiner encore la causalité adéquate pour tout ce qui concerne les troubles psychiques et psychosomatiques, question de droit qui doit être résolue à l'aide des critères décrits ci-dessus.

I. Causalité naturelle partielle voire inexistante selon les rapports médicaux Selon l'avis des médecins que l'on trouve au dossier, le lien de causalité se présente comme il suit (en résumé) par atteintes évoquées :

- Le syndrome du tunnel carpien : l'origine traumatique de cette atteinte a été exclue par divers médecins, en particulier par le Dr C._____ dans son rapport du 9 juillet 2004, établi dans le cadre de l'expertise requise par la Nationale Suisse Assurances, assureur occupants du véhicule conduit par l'appelant. Le Dr

B. _____ exclut même ce diagnostic dans son rapport du 13 novembre 2016 ; · Arthrose cervicale: Le Dr R. _____ estime que l'accident a « accéléré » une cervicarthrose déjà présente (rapport du 26 mars 2003), alors que le Dr C. _____ dit à plusieurs reprises qu'il y a des éléments imputables à l'accident dans la symptomatologie actuelle, mais aussi plusieurs éléments étrangers voire antérieurs. Pour l'arthrose, il a dit clairement qu'elle était déjà antérieure à l'accident selon les radiographies et l'IRM. Il a exclu une atteinte des blocs facettaires (cf. ses rapports des 9 juillet 2004 et 29 août 2006). Le Prof. [...] a aussi, en mai 2000, exclu une instabilité cervicale ; · Vertiges : le Dr C. _____ est rejoint à ce sujet par l'ORL [...] qui parle de vertiges dès 1995 (rapport du 23 novembre 2006), en sorte que le phénomène n'a pas une forme post-traumatique, celui-ci étant antérieur ; · Troubles de la concentration, de l'attention, ralentissement de la pensée (troubles neuropsychiatriques) : l'expert G. _____ estime qu'il n'y en a pas du point de vue neurologique mais que quoi qu'il en soit, en l'absence d'un traumatisme crânio-cervical (TCC), ils ne peuvent être mis en lien de causalité avec l'accident (rapport du 30 septembre 2015). La neuropsychologue F. _____, au contraire, les retient mais dans le registre neuropsychologique, dans le cadre d'une aggravation secondaire (rapport du 2 novembre 2015). De manière générale sur les douleurs somatiques post-traumatiques : les Drs [...] et [...], qui se sont prononcés dans les premières années sont encore plus catégoriques et disent qu'ils n'ont aucun élément démontrant une origine post-traumatique (rapports de mars 2000). L'expertise du Dr G. _____, neurologue, confirme cette analyse en dissociant deux phases : les douleurs allant de l'accident à 1999 et celles ultérieures qui se sont réveillées progressivement. De cette synthèse, il s'avère que de manière générale et congruente, les médecins estiment que l'accident a fini de déployer ses effets incapacitants au maximum deux ans après ledit accident, plus probablement en avril 1999 lorsque l'examen effectué par les médecins du CHUV n'a permis de retenir aucune atteinte objectivable et la « quasi-inexistence de troubles cervicaux ». Certes, des symptômes et douleurs persistaient voire se développaient depuis l'accident de décembre 1997, mais ils n'étaient pas (totalement) imputables à cet accident assuré et n'étaient pas tous invalidants. Les premiers médecins (les Drs [...], selon le rapport du

E. 8

CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) prévoit, pour toutes les prétentions relevant du droit fédéral, que chaque partie doit, en l'absence d'une présomption légale, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Ainsi, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit – soit à l'assuré dans le cas présent – d'alléguer et de prouver notamment la réalisation du risque assuré et l'étendue de la prétention (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3), laquelle ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. Au stade de la contre-preuve, l'assureur peut donc faire échec à cette preuve en éveillant des doutes sérieux à l'encontre de l'allégation (ATF 130 III 321 consid. 3.5). Le juge doit procéder à une appréciation de l'ensemble des éléments qui lui ont été apportés pour dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie

(ATF 130 III 321 consid. 3.4).

E. 8.1

L'appelant allègue qu'à compter de mars 2007, il a dû suivre un traitement psychiatrique auprès du Dr W._____ (all. 76 admis). Ce fait a toutefois été retenu dans l'état de fait (cf. ch. 18 p. 15 jgt). Du reste, le fait que l'assuré a dû suivre ce traitement psychiatrique n'est en soi pas suffisant pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et un trouble psychique.

E. 8.2

L'appelant allègue divers passages du rapport médical que le médecin précité a établi le 4 janvier 2008, mentionnant que le patient présentait à ce moment-là des tendances dysthymiques de plus en plus marquées (all. 29, P. 24), qu'il souffrait d'une symptomatologie polymorphe post-traumatique lourde sur le plan physique, cognitif et psychique (all. 80-84 ; P. 24) et que la reprise d'une activité professionnelle était impossible (81, 85 ; P. 24). D'une part, les passages allégués figurent déjà dans le jugement (cf. ch. 18 p. 15). D'autre part, si dans ce rapport du 4 janvier 2008, le Dr W._____ a émis l'avis selon lequel la reprise d'une activité professionnelle comparable à celle exercée avant l'accident ou l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations actuelles lui semblaient impossible, respectivement difficile, il ressort du rapport ultérieur du 20 septembre 2017 que les tendances dysthymiques que l'appelant voudrait voir reconnues ont été jugées de peu de sévérité par le Dr W._____, autrement dit qu'elles ne sont pas de nature à entraîner une incapacité de travail. De toute manière, la question de la (re)prise d'une activité professionnelle comparable ou adaptée – appréciation médicale propre à chaque médecin sur un état de fait similaire – n'est pas pertinente dans le cas d'espèce puisque la symptomatologie du registre psychiatrique n'est pas en lien de causalité avec l'accident.

E. 8.3

L'appelant allègue que le Dr E._____ n'a pas retenu d'épisode dépressif présent ou passé (all. 95 admis), qu'il a exclu un trouble somatoforme (all. 96 admis), qu'il a plutôt retenu des troubles organiques (all. 97, 137, 139 ; P. 31, pp. 3 et 4) et une capacité de travail nulle (all. 138 ; P. 31 et 32). Le jugement attaqué retient cet avis (ch. 25, p. 18). Pour ce qui est de l'appréciation juridique des faits retenus, les conclusions de l'OAI ne sont pas transposables mutatis mutandis dans le présent cas, car en matière d'assurance-invalidité, l'origine accidentelle des atteintes est dénuée de pertinence, alors qu'en matière d'assurance-accident, comme on l'a vu (cf. ci-dessus, consid. 4.2), un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte et l'accident est déterminant, afin de savoir si cette assurance est tenue de prester.

E. 8.4

L'appelant allègue que le rapport du Dr W._____ du 4 janvier 2008 retiendrait qu'il a été victime d'un « coup du lapin » et qu'il souffre depuis lors de plusieurs troubles (all. 82, 83 ; P. 24). Le fait que l'assuré ait subi un « whiplash » lors de son accident en 1997 n'est pas contesté et figure dans le jugement qui retient à ce sujet les passages du rapport du 9 juillet 2004 du Dr C._____, étant précisé que les allégués 82 et 83 ne sont pas corroborés par le rapport invoqué du Dr W._____. Le fait de savoir si le « whiplash » a causé un TCC (traumatisme d'accélération crânio-cervicale) avec des séquelles peut demeurer indécis, car ce qui est décisif est le fait de savoir si les atteintes actuelles sont en lien avec le « whiplash » ; or cela n'est pas démontré.

E. 8.5

Les atteintes actuelles dont l'appelant se plaint et le fait qu'il n'a jamais pu exercer depuis lors une activité professionnelle ne sont pas davantage des faits querellés ou omis par le jugement attaqué.

E. 8.6

L'appelant allègue enfin que depuis l'accident du 14 décembre 1997, il est incapable de travailler dans quelque activité que ce soit (all. 85), que le taux de l'atteinte à l'intégrité physique est de 40% (all. 135), que le degré d'atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques, au vu de l'évaluation de l'AI, est de 70% en application de la Table 8 SUVA et qu'en conséquence, le degré total pondéré d'atteinte à l'intégrité est à tout le moins de 95% en application des CGA (all. 142 et 143). Ces allégués figurent dans le jugement attaqué dans la mesure où ils sont corroborés par les pièces offertes à leur appui (jgt ch. 18, p. 16 ; ch. 16, p. 13 ; ch. 34 ; p. 30). Pour le surplus, ils relèvent de l'appréciation et non de l'établissement des faits, étant rappelé à toutes fins utiles que c'est à l'aune de l'assurance-accidents et de la LCA que les faits doivent être appréciés. Le grief d'établissement erroné ou lacunaire des faits doit dès lors être rejeté. 9. Le grief d'arbitraire dans l'appréciation du lien de causalité naturelle et adéquate ne saurait davantage être admis. S'il est unanimement reconnu que l'intéressé souffre de troubles neuropsychologiques, seuls les Drs W. _____ et R. _____ les imputent à l'accident. Or, on l'a vu, ces deux médecins, dont l'un est psychiatre, ne motivent pas leur avis contraire à de nombreux experts qui se sont exprimés à l'issue d'un examen complet. L'analyse des pièces médicales au dossier conduit à retenir que l'accident a cessé de déployer des effets en avril 1999 et que la symptomatologie actuelle – sans nier son existence – n'est plus en lien de causalité naturelle ni adéquate a fortiori avec l'accident. On ne saurait suivre l'appelant en tant qu'il soutient que le Dr J. _____ contredit le Dr G. _____. Chacun des experts s'est prononcé dans son propre domaine de compétence, le Dr G. _____ ayant toujours pris soin de réserver l'analyse de la neuropsychologue F. _____ et a même effectué un concilium avec cette dernière. On ne voit pas de contradiction dans le tableau général dressé au fil des années par les médecins et experts, chacun réservant l'avis de ses collègues spécialistes. L'image globale donnée est celle d'une symptomatologie évolutive, progressive qui s'est développée au fil des investigations d'origine multifactorielle. En tant que l'appelant reproche aux premiers juges d'avoir retenu une explication qui « privilégie un avis plutôt que l'autre », il sied de rappeler qu'il appartient à l'assuré qui entend obtenir une prestation d'assurance de démontrer les conditions d'ouverture de son droit, ainsi notamment la causalité. En produisant des avis tranchés et non étayés de ses médecins, contredits par les experts, il ne remplit pas cette condition légale, même au stade de la vraisemblance prépondérante. Les documents médicaux produits ne permettent pas de douter du tableau général cohérent dressé en défaveur de l'existence d'une causalité naturelle entre l'accident et les troubles. Le reproche doit être écarté. Enfin, l'appelant reproche à la Chambre patrimoniale de ne pas avoir examiné la question de l'indemnisation due. En l'occurrence, faute de lien de causalité naturelle et a fortiori adéquate entre l'accident assuré et les atteintes invalidantes à la santé, les conditions d'ouverture du droit à une indemnisation ne sont pas satisfaites. Il n'y a ainsi pas lieu de déterminer un éventuel montant. Le grief tombe à faux au vu de ce qui précède.

E. 10

En définitive, l'appel doit être rejeté et le jugement confirmé. Vu l'issue du litige, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 10'150 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'appelant, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Ce dernier bénéficiant de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires seront provisoirement laissés à la charge de l'Etat. Bien que l'intimée obtienne gain de cause, elle n'a pas été invitée à se déterminer sur l'appel, en sorte qu'il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens.

E. 11

La liste d'opérations déposée par Me Joël Crettaz, conseil de l'appelant, ne prête pas le flanc à la critique. Comme demandé, l'indemnité requise à hauteur de 2'211 fr. 55, arrondie à 2'212 fr., lui sera allouée, à titre d'honoraires, débours et TVA. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité versée à son conseil d'office, supportés provisoirement par l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 CPC). Il incombe à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (anciennement Service juridique et législatif) de fixer le principe et les modalités de ce remboursement (art. 39a du code du 12 janvier 2010 de droit privé judiciaire vaudois [CDPJ; BLV 121.02]).

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