

VD_GERICHTE PT11.048368 vom 20. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_PT11.048368

FR: VD_GERICHTE PT11.048368 du 20 septembre 2024

IT: VD_GERICHTE PT11.048368 del 20 settembre 2024

Erwägungen

E. 3

Dans un premier grief, l'appelante conteste un poste du dommage, en particulier le nombre d'heures d'assistance supplémentaires retenues par la CPAT, qui s'est fondée sur l'expertise P._____.

- 41 -

E. 3.1.1

Lorsque la maxime des débats est applicable (art. 55 al. 1 CPC), il incombe aux parties, et non au juge, de rassembler les faits du procès. Les parties doivent alléguer les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions (fardeau de l'allégation subjectif), produire les moyens de preuve qui s'y rapportent (fardeau de l'administration des preuves) et contester les faits allégués par la partie adverse (fardeau de la contestation), le juge ne devant administrer les moyens de preuve que sur les faits pertinents et contestés (art. 150 al. 1 CPC ; ATF 149 III 105 consid. 5.1 et les réf. citées).

E. 3.1.2

En vertu de l'art. 157 CPC, le juge apprécie librement la force probante des preuves en fonction des circonstances concrètes, sans être lié par des règles légales et sans être obligé de suivre un schéma précis (ATF 133 I 33 consid. 2.1 ; TF 5A_250/2012 du 18 mai 2012 consid. 7.4.1). Il lui appartient d'apprécier dans leur ensemble tous les moyens de preuve apportés, en évaluant la crédibilité de chacun d'eux (TF 4A_394/2009 du 4 décembre 2009 consid. 2.4, RSPC 2010 p. 147). Le juge apprécie librement la force probante d'une expertise, comme tout moyen de preuve. Il n'est ainsi en principe pas lié par les conclusions de l'expert et doit apprécier le rapport en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. Toutefois, il ne saurait s'en écarter sans raison sérieuse et doit motiver sa décision à cet égard (ATF 129 I 49 consid. 4 ; ATF 128 I 81 consid. 2 ; TF 5A_146/2011 du 7 juin 2011 consid. 4.2.1 ; TF 5A_802/2014 du 7 novembre 2014 consid. 4.1). En effet, l'expertise traite de questions techniques nécessitant des connaissances spéciales dont le juge est en principe dépourvu. Aussi doit-il avoir de bonnes raisons de s'en écarter et ne peut-il, sans motifs valables, substituer son appréciation à celle de l'expert (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; TF 4A_394/2022 du 27 décembre 2022 consid. 2.2). La mission de l'expert est limitée aux questions de fait, à l'exclusion des questions de droit (ATF 132 II 257 consid. 4.4.1 ; Vouilloz, in Chabloz et al. [éd.], Petit commentaire du Code de procédure civile, 2020, n. 1 ad art. 183 CPC). Pour apprécier l'expertise, le juge doit tenir compte de trois critères, à

- 42 - savoir que l'expertise doit être complète, compréhensible – le tribunal peut comprendre dans les grandes lignes les fondements et les conclusions de l'expertise –, et convaincante, c'est-à-dire que les conclusions sont logiques et cohérentes. Le magistrat

pourra ainsi dénoncer les contradictions entachant les explications de l'expert, arguer que les autres moyens de preuve et les allégations des parties ébranlent sérieusement le tranchant de ses conclusions, ou encore objecter qu'il n'accorde pas la même portée ou la même force probante à des pièces ou témoignages dont l'expert se prévaut. Si nécessaire, le juge doit recueillir des preuves complémentaires lorsque les conclusions de l'expertise judiciaire se révèlent douteuses sur des points essentiels (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; ATF 138 III 193 consid. 4.3.1). Il lui appartient dès lors d'examiner, au regard des autres preuves et des observations des parties, si des objections sérieuses mettent en doute le caractère concluant de l'expertise sur des points essentiels. En d'autres termes, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert, n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (TF 4A_51/2019 du 14 mai 2019 consid. 5.1 ; TF 4A_270/2020 du 23 juillet 2020 consid. 5.1.2).

E. 3.1.3

S'agissant du dommage que subit une personne atteinte d'impotence au sens des assurances sociales, on parle, spécifiquement en droit de la responsabilité civile, de « dommage de soins et assistance » (Frésard-Fellay, in Dupont et al. [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 48 ad art. 74 LPGA). Les règles relatives au dommage ménager s'appliquent par analogie à ce dommage (Werro, La responsabilité civile, 3e éd., 2017, n. 1124). Le préjudice ménager ou dommage domestique correspond à la perte de la capacité d'exercer des activités non rémunérées, telles que la tenue du ménage, ainsi que les soins et l'assistance fournis aux enfants. Ce type de préjudice donne droit à des dommages-intérêts en application de l'art. 46 al. 1 CO, peu importe qu'il ait été compensé par une aide extérieure, qu'il occasionne des dépenses accrues de la personne partiellement invalide, qu'il entraîne une mise à contribution

- 43 - supplémentaire des proches ou que l'on admette une perte de qualité des services. L'établissement du préjudice ménager est essentiellement une question de fait et d'appréciation. Lors du calcul du préjudice ménager, la jurisprudence préconise de procéder en deux étapes, en évaluant tout d'abord le temps nécessaire aux tâches ménagères, puis en fixant le coût de cette activité (ATF 131 III 360 consid. 8.1 et les arrêts cités). Pour évaluer le temps nécessaire aux activités ménagères, les juges du fait peuvent soit se prononcer de façon abstraite, en se fondant exclusivement sur des données statistiques, soit prendre en compte les activités effectivement réalisées par le soutien dans le ménage. Dans le premier cas, ils appliquent des critères d'expérience. Dans la seconde hypothèse, ils examinent la situation concrète, même s'ils s'aident d'études statistiques pour déterminer dans les faits à quelle durée correspond une activité précise réalisée dans le ménage en cause (ATF 131 III 360 consid. 8.1 ; ATF 129 III 135 consid. 4.2.1).

E. 3.2

L'appelante ne critique pas le coût du dommage d'assistance retenu par les premiers juges sur la base de l'expertise P._____ (30 fr. de l'heure), mais le temps estimé par cette expertise. Elle expose que l'expert aurait pris en compte le temps supplémentaire consacré « aux soins » mais non pas à « l'assistance » de son fils. Selon elle, le dommage d'assistance aurait été réduit aux soins quotidiens, tels que formulés par l'expert. Celui-ci aurait perdu de vue que V.B._____ a besoin d'une surveillance permanente, de soins permanents et d'accompagnement durable. Comme en première instance, elle allègue que ce temps supplémentaire quotidien s'élève à 4 heures de 2001 à 2006 et à 10h15 de 2006 à 2018. Elle

critique également la méthode d'évaluation utilisée par l'expert, faisant valoir que le catalogue des soins « PRN » concerne des soins infirmiers en milieu hospitalier où le personnel ne serait présent que temporairement pour prendre en charge le patient. Contrairement aux soins en milieu hospitalier, les soins à domicile prodigués à son fils nécessiteraient une présence « quasi permanente ». Enfin, le nombre d'heures retenues par l'expert demeurerait bien moindre par rapport à un manque à gagner de la part de l'appelante qui a dû interrompre son

- 44 - activité professionnelle pour s'occuper de son enfant, tâche qu'elle accomplirait à plein temps, ou sur la base des soins fournis en engageant du personnel infirmier qui aurait pu assumer l'ensemble des soins nécessaires.

E. 3.2.1

Comme le relève l'intimée, le temps relatif à l'« assistance » ou aux « soins » de V.B._____ a été allégué en première instance. En effet, aux allégués 136 ss, l'appelante a critiqué la valeur probante de deux rapports médicaux (pièces 28 et 29). Le premier rapport (émanant de [...]) retenait que « le temps nécessaire moyen pour l'assistance nécessaire à V.B._____ se montait à 4 heures 15 pour les jours d'école, ainsi que d'un temps de 3 heures 35 pour le samedi, le dimanche et les jours fériés et les vacances (all. 140). Le second (émanant de Mme [...], experte en soins du département de réhabilitation de l'hôpital infantile de Zurich) « reprend toute la physiologie de V.B._____ depuis sa naissance, avec estimation des temps nécessaires à son assistance » (all. 150) et « déclare qu'il n'est pas possible qu'un enfant âgé de 6 ans (faisant probablement référence à l'évaluation effectuée par Pro Infirmis le 26 août 2006) soit traité pendant 10 heures par jour » (all. 151) ; « Mme [...] estime le temps supplémentaire journalier nécessaire à l'assistance de V.B._____ à 213 minutes, soit à 3 heures 33 » (all. 152). Ce rapport reproche singulièrement à la mère d'exécuter certaines tâches à la place de son fils ou de ne pas les déléguer à des tiers (all. 157 ss). « [Mme [...]] prétend également que V.B._____ ne nécessite pas de temps supplémentaire par rapport à un autre garçon pour manger » (all. 163). « A partir de l'âge de 6 ans, l'enfant requiert selon elle un temps supplémentaire quotidien de 3 heures 3/4 ». L'appelante qualifie ce rapport d'intolérable, puisqu'il « discrédite près de dix ans d'assistance apportée par la demanderesse » et demande au Tribunal de se référer au rapport du Prof. [...], lequel avait approuvé les enquêtes de soins à domicile établies par Pro Infirmis (117, 173 à 176), dont l'enquête du 11 juillet 2001 (pièce 4), selon laquelle « au total, à l'âge de 18 mois déjà, V.B._____ requerrait une assistance quotidienne de 4 heures 8 minutes et 30 secondes de plus par rapport à un garçon normal de son âge (all. 37). Le Prof. [...] avait qualifié l'évaluation du temps d'assistance par Mme

- 45 - [...] de « grossière sous-estimation » (all. 177) et avait rejeté purement et simplement les conclusions de Mme [...], qui n'avait eu accès à aucun rapport médical (all. 178). Par ailleurs, l'intimée a admis l'allégué de l'appelante selon lequel V.B._____ n'avait pas nécessité de « soins supplémentaires » par rapport à un autre enfant jusqu'au 1er avril 2001 (212A) » et aux allégués suivants (all. 213 à 216), l'appelante a allégué que le « temps supplémentaire quotidien » était de 4 heures par jour pour la période du 1er avril 2001 au 31 décembre 2003 et de 10,25 heures pour la période du 1er juillet 2006 au 31 décembre 2018, allégués que l'appelante a répétés en deuxième instance en y ajoutant la période non précédemment alléguée du 1er janvier 2004 au 30 juin 2006 (appel, p. 9). A l'appui des allégués 213 à 216, l'appelante a singulièrement offert les pièces 4 (l'enquête Pro Infirmis

précitée) et 30 (le rapport du Dr [...]) et l'expertise. Avec l'intimée, force est déjà de constater qu'à l'appui de sa prétention relative au dommage d'assistance, l'appelante n'a pas opéré de *distinguo* net entre le temps lié aux « soins » et le temps lié à l'« assistance ».

E. 3.2.2

ci-dessus –, elle arrive à un solde en sa faveur de 896'695 fr. 10 (1'705'502 fr. 40 pour le dommage d'assistance – 808'807 fr. 30 de prestations versées, à savoir 657'307 fr. 30 de prestations AI versées jusqu'au 2 janvier 2018 et 151'500 fr. d'acomptes versés par l'assureur responsabilité civile). Subsidiairement, si on devait maintenir le nombre d'heures supplémentaires d'assistance retenu par l'expert P. _____, le dommage d'assistance s'élèverait à 944'494 fr. 32, les prestations imputables toujours à 808'807 fr. 30 et le solde à lui restituer à 135'687 fr. 02. L'appelante soutient que l'expertise W. _____ ne peut revêtir « pleine valeur probante » dès lors que ses calculs ne tiendraient pas compte de

- 53 - « la concordance matérielle des prestations, prenant l'ensemble des prestations, notamment à savoir les frais de traitement, les frais de pharmacie et les prestations pour impotence » (p. 10 appel).

E. 3.2.3

On peut lire à la page 48 du jugement ce qui suit : « Il a été établi que V.B. _____ avait besoin de soins médicaux quotidiens, ainsi que d'une aide de son entourage pour la plupart des actes de la vie courante et que, vraisemblablement, la situation n'évoluerait pas ». A la lecture du jugement, la notion de « frais d'entretien » revient à plusieurs reprises. Par exemple, en page 50, dans l'avant dernier paragraphe ([...], évènement qui a conduit à ce qu'elle doive assumer des frais d'entretien pour celui-ci, indépendamment de savoir quel aurait été ce choix). La notion de frais d'entretien est développée en page 54 ss du jugement, sous le chapitre « Du calcul du dommage ». En page 55, il est question du manque à gagner des parents : « Les auteurs précités relèvent en outre que les parents d'un enfant handicapé doivent pouvoir faire valoir leur manque à gagner en tant que préjudice s'ils décident de s'occuper de leur enfant handicapé à domicile plutôt que de le placer dans un foyer, ou un hôpital, dite indemnité pour le manque à gagner devant alors être limitée aux frais de soins à domicile proprement dits ». Les premiers juges mentionnent expressément, en page 55 (dernier paragraphe), que la demanderesse réclame la réparation de son manque à gagner à examiner sous l'angle d'un dommage d'assistance, dont la définition est largement donnée en page 56. Dans la méthodologie à appliquer, il est indiqué qu'un parallèle doit être effectué avec la détermination du dommage ménager, référence faite à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. A la lecture de ce raisonnement, déroulé sur plusieurs pages, on ne peut que comprendre qu'il n'est pas uniquement question de soins quotidiens et la lecture que l'appelante fait du jugement, respectivement de l'expertise, est tronquée. A cet égard, la CPAT s'est basée (p. 57 jgt) sur l'expertise P. _____ pour déterminer le temps supplémentaire que l'appelante avait

- 48 - dû consacrer « aux soins quotidiens » de son fils par rapport à un enfant sans handicap. Elle a retenu que pour évaluer ce temps, l'expert s'était fondé sur des éléments objectifs, soit le catalogue des soins « PRN », et que cette méthode d'évaluation ne prêtait pas le flanc à la critique. Les juges de la CPAT ont dès lors considéré qu'ils n'avaient aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert sur ce point. L'appelante critique ces développements. Elle remet de nouveau en cause le catalogue d'évaluation « PRN » et soutient en outre que l'expert a mesuré le temps dédié « aux soins » mais pas à «

l'assistance ». Il ne faut toutefois pas perdre de vue que ces développements sont faits dans le cadre du chapitre consacré au dommage d'assistance (p. 56 jgt.) et que si l'expert parle, pour son estimation, du temps consacré aux soins, il s'agit là d'une méthodologie pour arriver à un résultat, étant rappelé que l'appelante elle-même a indistinctement utilisé les termes de « soins » et d'« assistance ». L'expert n'en a pas pour autant perdu de vue qu'il lui revenait de déterminer le dommage d'assistance, défini à la page 56. Il faut comprendre la démarche de l'expert dans sa globalité et non pas s'arrêter à la lecture restrictive de l'appelante. A la lecture de l'expertise, de son complément et du jugement, on le comprend bien. En particulier, à la page 18 de l'expertise, le Dr P. _____ explique sa démarche (cf. ci-dessus, ch. 6.1.3).

E. 3.2.4

Il ressort de ce qui précède que l'appelante elle-même a utilisé plusieurs notions pour le dommage d'assistance (assistance, soins supplémentaires ou temps supplémentaire). La mission de l'expert a été bel et bien de définir le « temps supplémentaire quotidien » qui a dû être fourni par rapport à un enfant sans infirmité. L'appelante a requis une expertise complémentaire, qui n'a pas confirmé le nombre d'heures supplémentaires qu'elle alléguait en première instance – et qu'elle allègue maintenant en appel. Elle s'appuie de nouveau sur diverses enquêtes pour soins à domicile effectuées par l'OAI (appel, p. 8 in fine), sans toutefois démontrer en quoi l'appréciation que l'expert judiciaire a faite de ces enquêtes – en considérant qu'elles n'étaient pas basées sur un système scientifique reconnu – serait erronée. L'appelante n'allègue dès lors pas de

- 49 - circonstances qui auraient permis à la CPAT de se distancer du contenu de l'expertise médicale, laquelle était claire, motivée et convaincante. Si l'appelante n'était pas satisfaite par l'expertise, il lui appartenait de requérir une contre-expertise, ce qu'elle n'a pas fait. S'agissant des questions de fait technique et non de droit, il ne revenait pas au juge ni aux parties de se substituer à l'expert. Il s'ensuit que le premier grief doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

E. 4

L'appelante reproche ensuite à la CPAT (pp. 9-15 appel) d'avoir fait siens les montants retenus par l'expert W. _____ s'agissant des prestations d'assurance (OAI et autres) qui devaient venir en déduction des prétentions reconnues.

E. 4.1

Le dommage juridiquement reconnu correspond à la différence entre le montant actuel du patrimoine du lésé et le montant que celui-ci aurait atteint si l'événement dommageable ne s'était pas produit. Cette définition exclut de verser au lésé un montant supérieur au préjudice subi (ATF 131 III 360 consid. 6.1 et les arrêts cités). Ainsi, lorsqu'une personne devient invalide à la suite d'un accident, les assurances sociales vont en principe l'indemniser. Le lésé ne peut dès lors réclamer au tiers responsable que la réparation du dommage non couvert par l'assurance sociale (créance directe); pour sa part, l'assureur social acquiert dès la survenance de l'atteinte, par le biais d'une subrogation légale, les prétentions appartenant à la personne lésée qu'elle a indemnisée et celle-ci perd son pouvoir de disposer des droits transférés (ATF 143 III 79 consid. 6.1.3.1; ATF 124 III 222 consid. 3; ATF 124 V 174 consid. 3b). En d'autres termes, les prestations couvertes par les assurances sociales sont déduites du dommage que le lésé peut réclamer au responsable ou à l'assureur de celui-ci. Ce mécanisme permet notamment d'éviter une surindemnisation du lésé (ATF

131 III 12 consid. 7.1, ATF 131 III 360 consid. 6.1).

- 50 - Cette déduction n'entre toutefois en ligne de compte que pour les prestations (nominales) de l'assureur social qui couvrent un dommage similaire aux prétentions en responsabilité que le lésé peut faire valoir contre le responsable. Il faut qu'il existe, entre les prestations sociales pour lesquelles les assurances sont subrogées aux droits du lésé en vertu de la loi, et le dommage dont la réparation est demandée à l'auteur, une concordance déjà en raison de l'événement dommageable, qui soit au surplus une concordance matérielle, temporelle et personnelle (Kongruenzgrundsatz ; ATF 134 III 489 consid. 4.2 et les références; 130 III 12 consid. 7.1; cf. désormais les art. 73 et 74 LPGA : "de même nature" et "pour la même période"). S'agissant de la concordance matérielle, elle est réalisée lorsque la prestation de l'assurance sociale et celle du responsable sur le plan civil ont, d'un point de vue économique, une nature et une fonction correspondantes (ATF 132 III 321 consid. 2.2.1 ; ATF 131 III 360 consid. 7.2 et les arrêts cités). Aux termes de l'art. 74 LPGA, les droits passent à l'assureur pour les prestations de même nature (al. 1). Sont notamment des prestations de même nature : le remboursement des frais de traitement et de réadaptation par l'assureur et par le tiers responsable (al. 2 let. a) ; les prestations pour impotence, la contribution d'assistance et le remboursement des frais liés aux soins et des autres frais dus à l'impotence (al. 2 let. d). Pour répondre aux exigences de la concordance des droits et à la classification prévue à l'art. 74 al. 2 LPGA, il est justifié en coordination extrasystématique de distinguer deux types de prestations : d'une part, les frais médicaux et les frais de moyens palliatifs matériels (moyens auxiliaires) et, d'autre part, les frais de moyens palliatifs humains. La nature des besoins des grands invalides dépendants peut conduire soit au maintien à domicile, soit à l'hospitalisation ou au séjour permanent en établissement spécialisé. Les frais à caractère médical ou liés au recours des moyens palliatifs matériels sont visés par l'art. 74 al. 2 let. a LPGA, tandis que ceux liés à des moyens palliatifs humains relèvent de l'art. 74 al. 2 let. d LPGA (Frésard-Fellay, op. cit., n. 50 ad art. 74 LPGA).

- 51 -

E. 4.2.1

Les juges de la CPAT ont examiné les éléments diminuant le dommage d'assistance (pp. 57-71 jugement). En particulier, ils ont tout d'abord posé le principe selon lequel les prestations d'assurance doivent être imputées sur le montant de l'indemnité que l'appelante pouvait réclamer, à condition toutefois que les prestations d'assurance et le dommage dont la réparation est demandée sur le plan civil concordent matériellement, temporellement et personnellement. Ils ont constaté que l'appelante avait perçu des indemnités de la part des assurances sociales (AVS, AI, AMINH) et que ces montants devaient être déduits de l'indemnité à faire valoir, précisant que « c'est ce que la demanderesse a d'ailleurs expressément admis dans le cadre de la procédure » et ce que l'expert W. _____ a retenu. Puis, ils ont indiqué qu'ils retiendraient les calculs effectués par l'expert W. _____. Ensuite, ils ont examiné les griefs que l'appelante avait fait valoir au sujet de l'expertise en question au sujet de la prise en compte de certains postes/indemnités perçues. A cet égard, l'appelante avait avancé que les prestations d'assurances sociales versées directement à V.B. _____ ne devaient pas venir en déduction de son propre dommage. De son côté, l'intimée réclamait l'imputation des prestations versées par les assurances-maladie. Les premiers juges ont considéré que dès la majorité de V.B. _____ (le 2 janvier 2018), l'obligation d'entretien de la mère – et partant son propre dommage –

avait cessé. Ils ont imputé les prestations de l'assurance-invalidité perçues par la mère concernant la période antérieure à la majorité de l'enfant et n'ont ainsi pas tenu compte des montants versés aux divers prestataires par l'OAI pour la période du 1er janvier 2010 au 31 janvier 2020, car il n'était pas possible de savoir quelle partie de ces montants avait été versée antérieurement ou postérieurement à la majorité. Ils ont également imputé les contributions aux soins versées par les assurances-maladie pour le motif que sous réserve des prestations versées pour l'année 2017 et jusqu'au 2 janvier 2018 – qui n'étaient pas établies –, il s'agissait de frais en lien avec l'impotence pendant la minorité de l'enfant et que, par conséquent, la

- 52 - concordance personnelle et matérielle était donnée. Enfin, ils ont imputé le montant versé par l'assurance responsabilité civile de l'intimée. Sur la base des calculs effectués par l'expert économique, ils ont considéré que le dommage d'assistance se montait à 843'298 fr. 50 pour la période du 1er avril 2001 jusqu'au 2 janvier 2018, duquel il fallait déduire les prestations versées à V.B. _____ par l'AI jusqu'au 2 janvier 2018 (1'048'610 fr. 85, soit 588'029 fr. 85 sur la période du 1er avril 2001 au 31 décembre 2009 selon les tableaux figurant aux ch. 7.1.6.1 et 7.2.1 + 460'581 fr. [598'780 fr. de prestations versées à V.B. _____ personnellement du 1er janvier 2010 au 31 janvier 2020, sous déduction des prestations qui lui ont été versées personnellement à compter de 2018, l'année de sa majorité, cf. tableau ci-dessus au ch. 7.4.2]), les prestations versées par les assureurs-maladie jusqu'au 31 mai 2016 (56'497 fr. 10, cf. ci-dessus ch. 7.1.6.3) et les acomptes déjà versés par l'assurance responsabilité civile (151'500 fr., cf. ci-dessus ch. 5.1 et 7.1.3). Il en résultait que le montant des prestations d'assurance était supérieur au montant du dommage d'assistance, lequel était dépassé à hauteur de 413'309 fr. 45 (1'256'607 fr. 95 – 843'298 fr. 50). Les prétentions de l'appelante devaient être rejetées, car il y avait une surindemnisation.

E. 4.2.2

L'appelante expose en particulier qu'elle ne conteste pas le principe d'imputation des avantages dans le calcul du dommage, mais estime que les calculs retenus à cet égard par l'expert W. _____ n'auraient pas dû être repris par la CPAT. Selon ses propres calculs – qui se fondent sur le nombre d'heures supplémentaires déjà écarté, cf. consid.

E. 4.3.1

L'appel se réfère aux pièces 154 et 155. On peut tout d'abord relever que la pièce 155, dont se prévaut l'appelante en pages 11-12 de son appel, ne dit pas ce que l'appelante résume aux pages suivantes, puisque cette pièce n'a pas pu être produite (cf. réponse de Pro Infirmis SA du 29 mars 2016 relatée en page 28 de l'expertise principale W. _____ du 13 avril 2017: « Nous devons cependant vous informer à ce sujet que, tant Mme V.C. _____ que son fils M. V.B. _____, sont inconnus de notre service de relève »). En réalité, l'appelante semble confondre la pièce 155 avec une autre pièce (la pièce 152 ou 153 ; cf. courrier de Me Damond du 30 octobre 2017 adressé à la Chambre patrimoniale cantonale ; voir aussi expertise principale W. _____, p. 11). L'appelante établit ensuite sa propre liste pour tenter de démontrer que parmi les prestations versées par l'assurance-invalidité seule une petite partie, correspondant au dommage d'assistance, aurait été perçue par elle. Elle soutient qu'il convient de distinguer les montants versés à divers prestataires concernant des frais médicaux (notamment médecins, hôpitaux, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie) et des moyens auxiliaires des montants versés en sa faveur. Selon ses propres calculs, pour la

période du 1er avril 2001 à fin 2009, l'appelante aurait perçu 272'986 fr. (au lieu de 588'029 fr. 85 retenus par les premiers juges en suivant l'expert économique). Pour la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2017, elle admet le montant de 460'581 fr. retenu par les premiers juges, sous déduction de 76'259 fr. qui ont fait l'objet des décisions de restitution. Sur le plan temporel, on comprend qu'elle reproche à l'expert de n'avoir pas procédé à la distinction entre les prestations versées à l'enfant de celles versées aux autres fournisseurs pour la période courant du 1er avril 2001 au 31 décembre 2009 (appel, pp. 11 et 12).

- 54 - La critique relative à la concordance personnelle et temporelle a été examinée par les premiers juges. On rappellera que l'appelante a insisté pour que l'expert distingue les prestations versées à V.B._____ personnellement de celles versées aux autres prestataires, faisant en particulier valoir que les moyens auxiliaires (tels que les chaussures orthopédiques) payés au fournisseur ne pouvaient pas être considérés comme une prestation versée à V.B._____ ou à l'appelante. Dans un premier temps, l'expert économique avait refusé de trier le décompte des prestations d'assurance (AI et Caisse maladie), motif pris que cela exigeait des ressources disproportionnées (cf. ci-dessus ch. 7.2.1). La problématique a toutefois été de nouveau expressément soumise à l'expert W._____ (cf. mission supplémentaire du 15 mars 2021, sous ch. 1.1 Mandat : [...] « Toutefois, Me Damond, au nom de sa cliente, avait émis le souhait de nous voir établir un décompte des prestations directes perçues par M. V.B._____, depuis 2010, listées dans la pièce 152 (CD-ROM produit par l'OAI, état au 02/03/2020) en distinguant sur toutes ces années les prestations qui ont été octroyées directement à M. V.B._____ de celles qui ont été versées à d'autres prestataires ». Le jugement attaqué en fait état en page 30 et 31 (cf. ci-dessus, ch. 7.4.2 et 7.4.3). Le CD-ROM (état au 2 mars 2020) contient 29 pages. La pièce 152/51 produite en première instance comprend 1'215 documents, dont les enquêtes réalisées en 2002 pour le versement des « contributions aux frais de soins pour mineurs impotents ». En outre, alors que l'appelante, représentée par un conseil professionnel, a expressément requis que l'expert se prononce sur la période postérieure à l'année 2010, elle a renoncé à le faire pour la période antérieure. Elle a également renoncé à ce que l'expert distingue la part des frais de traitement et de moyens auxiliaires de la part des soins. On peut constater par ailleurs que l'appelante ne demande pas qu'il y ait un complément d'expertise ou une contre-expertise sur ce point, ce qui confirme une fois de plus qu'elle a définitivement renoncé à ce que ce point soit précisé par expertise. Or, le principe de la bonne foi s'applique en procédure civile de par l'art. 52 CPC; il interdit les comportements contradictoires dans le procès et il interdit aux parties, notamment, de garder des moyens de défense en réserve en vue de les soulever en appel si le jugement se révèle défavorable (ATF

- 55 - 142 I 155 consid. 4.4.4 ; TF 4A_622/2018 du 5 avril 2019). L'appelante ne saurait, par conséquent, se plaindre du fait que l'expert n'a pas analysé en détails les éléments exposés en pages 11 et 12 de son appel. En définitive, le décompte par prestataire fait sous chiffre 2.2 de l'expertise complémentaire (ci-dessus, ch. 7.4.3) répond à « la mission supplémentaire », qui était limitée à une période déterminée (depuis 2010) et à la seule pièce 152 (dans l'esprit de l'appelante 155).

E. 4.3.2

S'agissant de la pièce 154 et de la critique liée à la concordance matérielle des prestations, l'appelante expose – pour la première fois en deuxième instance – que [...] et [...] ont exclusivement versé des « frais de traitement » et non des « prestations de soins ». Pour [...],

elle se plaint qu'un montant de 338 fr. 25 « n'a pas été assuré » et dit que « le montant des quotes-parts s'élève à CHF 1'742.85 ». L'intimée avait expressément requis de l'expert de déterminer « les contributions aux soins » que les assureurs-maladie ont versé à l'enfant. L'expert a listé (autant qu'il l'a pu) les prestations versées par les Caisses maladie entre les années 2000 et le 31 mai 2016 (cf. ci-dessus, ch. 7.1.6.3) et est parvenu à un total de 56'497 fr. 10. L'expert a tenu compte notamment des quotes-parts. L'appelante ne critique pas ce total, mais se plaint de la non-distinction entre « frais de traitement » et « prestations de soins ». Sur le plan juridique, elle soutient que les prestations de diverses caisses maladies ont toutes été considérées par les premiers juges comme étant « de contributions aux soins » définies à l'art. 7a [recte : art. 7] OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), alors qu'il s'agissait pour la plupart des frais de traitement prévus par l'art. 25 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) qui ne pouvaient pas faire l'objet d'une imputation. Ici aussi, l'appelante a renoncé à faire préciser par expertise les éléments qu'elle allègue. Comme on l'a vu (cf. ci-dessus, ch. 7.2.1), elle avait requis (globalement, contrairement à ce qu'elle fait dans son appel) de l'expert de distinguer les frais de traitement (comme le traitement d'une angine) des soins de base prodigués à l'enfant. L'expert ayant considéré que cette

- 56 - tâche était difficile, l'appelante a limité sa critique aux prestations versées par l'AI à l'enfant dès l'année 2010. Il appartenait à l'appelante d'interpeller l'expert économique sur les éléments qu'elle expose aux pages 14 et 15 de son appel et, en tant que de besoin, requérir une contre-expertise. Elle ne fait pas valoir qu'elle aurait requis une contre-expertise – qui aurait été rejetée à tort – à cet égard.

E. 4.3.3

Ce qui précède permet d'apporter une réponse claire aux griefs développés par l'appelante. Sur la base de la mission précise donnée à l'expert et de la réponse apportée, l'appelante ne saurait dans le cadre du présent appel élargir la période concernée ou les prestataires concernés, vu le défaut d'allégués précis sur cette question et la renonciation de l'appelante à une expertise portant sur des éléments de fait techniques : il ne revient pas à la Cour de céans de fouiller dans les pièces (dont la pièce 152/51 qui comporte à elle seule 1'215 documents) pour retrouver les chiffres avancés par l'appelante. On ne voit pas que, dans ces circonstances, on puisse sur la base des pièces 152 (ou 153) et 154 aller au-delà des déductions retenues par l'expert.

E. 4.3.4

Par ailleurs, on rappellera que l'art. 317 al. 2 CPC soumet la recevabilité des faits et moyens de preuve nouveaux à deux conditions cumulatives. Ils ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard (let. a) et s'ils ne pouvaient pas être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (let. b). S'agissant des pseudo nova, soit les faits et moyens de preuve qui existaient déjà au début des délibérations de première instance, leur admissibilité est largement limitée en appel: ils sont irrecevables lorsque le plaideur aurait déjà pu les introduire dans la procédure de première instance s'il avait été diligent (ATF 143 III 42 consid. 4.1). Le CPC part du principe que le procès doit se conduire entièrement devant les juges de première instance. A ce stade, chaque partie doit exposer l'état de fait de manière soigneuse et complète et amener tous les éléments propres à établir les faits jugés importants. La

procédure d'appel n'a pas pour but de compléter le procès de première instance en permettant aux parties de réparer leurs propres carences,

- 57 - mais de contrôler et corriger le jugement de première instance à la lumière des griefs formulés à son encontre (ATF 142 III 413 consid. 2.2.2 ; TF 4A_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 3.1). Les rapports W. _____ ayant été rendus au cours de la procédure de première instance, l'appelante aurait dû formuler ses critiques nouvelles devant l'autorité précédente, ce qu'elle avait d'ailleurs fait en partie. Les éléments sur lesquels se fonde l'intéressée ne peuvent dès lors plus être pris en compte à ce stade, de sorte que ce grief est irrecevable.

E. 4.3.5

S'agissant du montant de 76'259 fr. qui a fait l'objet de demandes de restitution pour les allocations pour impotent et les contributions d'assistance versées à tort entre 2016 et 2017, à supposer que ce montant ait échappé à l'attention de l'expert économique, cela ne changerait pas le sort de l'appel. En effet, si on admet la restitution de 76'259 fr. – pour lequel il n'y a pas de subrogation car l'appelante n'y a pas droit – il y aurait dès lors lieu de considérer que sur le montant de 413'309 fr. 45 (cf. ci-dessus, consid. 4.2.1 in fine), il faut déduire 76'259 francs. Il n'en demeurerait pas moins une surindemnisation à hauteur de 337'050 fr. 45. En tout état de cause, l'appelante a reçu des prestations dépassant son dommage d'assistance.

E. 5

Au vu de ce qui précède, l'appel doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et le jugement entrepris confirmé.

E. 5.1

Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 8'451 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils ; BLV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'appelante, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Ces frais seront laissés provisoirement à la charge de l'Etat, l'appelante plaidant au bénéfice de l'assistance judiciaire (art. 122 al. 1 let. b CPC).

- 58 -

E. 5.2

L'appelante versera en outre de pleins dépens à l'intimée, qu'il convient d'arrêter, au vu des écritures, de la nature de la cause et de la valeur litigieuse, à 5'000 fr. (art. 3 al. 1, 7 et 19 al. 2 TDC [tarif du 23 novembre 2010 des dépens en matière civile ; BLV 270.11.6]).

E. 5.3

Dans sa liste des opérations du 4 janvier 2024, l'avocat Laurent Damond, conseil de l'appelante, a indiqué avoir consacré 34 heures et 19 minutes à l'accomplissement de son mandat. Il a notamment facturé le temps dédié à la confection d'un bordereau de pièces (3 juillet 2023), ainsi que celui consacré aux lettres de transmission de son écriture d'appel (3 juillet 2023), de son formulaire AJ accompagné d'une pièce (5 juillet 2023) et de sa liste des opérations (2 courriers du 4 janvier 2024). Ces opérations qui totalisent 1h30 (30 minutes + 4 x 15 minutes) correspondent à du pur travail de secrétariat et sont comprises dans les frais généraux de l'étude. Elles ne peuvent pas être indemnisées comme travail d'avocat (Juge délégué CACI 29 avril 2019/228 ; Juge délégué CACI 2 octobre 2017/437 consid. 7.1 ;

CACI 29 juin 2017/277 consid. 4.3 et les réf. citées). Par ailleurs, l'avocat a indiqué avoir consacré 22h25 heures à l'étude du dossier. Or, le conseil de l'appelante avait une bonne connaissance du dossier pour l'avoir suivi en première instance déjà et avait été indemnisé pour une durée de 40h44 minutes (40.73 heures) qu'il avait consacrée à la procédure de première instance. Comme on l'a vu, l'état de fait du jugement en appel ne se distingue pas de celui du jugement en première instance et les principes juridiques applicables sont les mêmes. Dans ces circonstances, 10 heures apparaissent suffisantes pour l'étude du dossier (y compris celle de la réponse de l'intimée déposée le 27 octobre 2023). Il en découle que le temps donnant droit aux honoraires de l'avocat est de 20h24 (34h19 – 1h30 – 12h25). En définitive, les honoraires de Me Damond doivent être arrêtés à 3'672 fr. (20h24 x 180 fr.), montant auquel il convient d'ajouter des débours par 73 fr. 44 (2% x 3'672 fr. [art. 3bis al. 1 Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), ainsi que la TVA à 7,7%, toutes les prestations retenues étant antérieures au 1er janvier 2024, soit une TVA de 288 fr. 40 au total, ce qui donne une indemnité de 4'033 fr. 84, arrondie à 4'034 francs.

- 59 -

E. 6

La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenue au remboursement de la part des frais judiciaires et de l'indemnité versée à son conseil d'office, laissés provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'elle 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 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]).

- 60 -

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