

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 24 juin 2024

Composition : Mme CRITTIN DAYEN, présidente
M. Oulevey et Mme Cherpillod, juges
Greffière : Mme Egger RoCHAT

Art. 55, 157 et 308 al. 1 CPC ; 8 CC

Statuant sur les appels interjetés par **R.**_____, à [...], demandeur, et **K.**_____ **SA**, à [...], défenderesse, contre le jugement rendu le 2 mai 2023 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause divisant les parties entre elles, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

En fait :

A. Par jugement du 2 mai 2023, envoyé pour notification aux parties le même jour, la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : la chambre patrimoniale ou les premiers juges) ont refusé l'introduction en procédure des allégués nouveaux 341 à 353 ainsi que des moyens de preuve y afférents formulés par la défenderesse K. _____ SA dans sa requête tendant à l'admission de faits et de moyens de preuve nouveaux déposée le 3 juin 2022, telle que renouvelée lors de l'audience de plaidoiries finales du 11 janvier 2023 (I), a dit que la défenderesse devait payer au demandeur R. _____ la somme de 367'854 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 20 avril 2013 (II), a dit que les frais judiciaires, arrêtés à 53'308 fr. 80, étaient mis à la charge du demandeur par 17'769 fr. 60 et de la défenderesse par 35'539 fr. 20 (III), a dit que la défenderesse rembourserait au demandeur la somme de 14'033 fr. 20 versée au titre de son avance des frais judiciaires (IV), a dit que la défenderesse rembourserait au demandeur les deux tiers des frais de la procédure de conciliation, à hauteur de 994 fr. (V), a dit que la défenderesse devait verser au demandeur la somme de 22'050 fr. à titre de dépens réduits (VI) et a dit que toutes autres ou plus amples conclusions étaient rejetées (VII).

En droit, les premiers juges ont considéré que les allégués de fait nouveaux et les offres de preuve nouvelles que la défenderesse souhaitait introduire en procédure constituaient des novas potestatifs, lesquels, assimilables au pseudo novas, étaient régis par l'art. 229 al. 1 let. b CPC. La défenderesse n'avait pas établi avoir fait preuve de la diligence requise par cette disposition, étant relevé qu'elle aurait manifestement pu mettre en œuvre les mesures d'observation et en verser le résultat à la procédure pendant la phase d'allégation. En tout état de cause, la défenderesse ne pouvait pas se retrancher derrière la crise sanitaire liée à la Covid-19 pour justifier d'avoir attendu plus d'une année depuis le résultat connu du complément d'expertise pour mettre en place une surveillance du demandeur.

Les premiers juges ont ensuite considéré que l'action du demandeur n'était pas prescrite et ont retenu comme établies la survenance d'un accident qu'il avait subi, de même que l'existence de liens de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les affections dont il souffrait, respectivement son invalidité anatomique qui en découlait. Concernant le fond, le désaccord des parties ne portait que sur le taux d'invalidité du demandeur et la quotité de l'indemnité qui en découlait. Pour fixer le taux d'invalidité, les magistrats se sont fondés sur l'expertise judiciaire du 29 novembre 2019 et sur le rapport complémentaire du 28 septembre 2020. Aucune objection sérieuse, sous l'angle des critères formels et matériels, ne permettait de douter du caractère concluant de l'expertise judiciaire sur des points essentiels et aucun motif impérieux ne justifiait de s'écarter de ses conclusions, dès lors qu'il n'y avait pas lieu d'attacher plus de poids aux différents rapports d'expertise privés produits par les parties. Les magistrats ont ainsi retenu un taux d'invalidité du demandeur de 75 %. Le principe de calcul de la prestation due au demandeur présenté par la défenderesse n'ayant pas été contesté, les premiers juges ont considéré que le demandeur avait droit à un montant de 447'390 fr. à titre de capital invalidité. La défenderesse s'était déjà acquittée d'un montant de 79'536 fr. à ce titre. Il restait un solde dû de 367'854 francs.

B. Par acte du 1^{er} juin 2023, R. _____ (ci-après : l'appelant) a interjeté appel contre le jugement précité en concluant, avec suite de frais, principalement à sa réforme en ce sens que « *La défenderesse K. _____ SA doit payer au demandeur R. _____, avec suite de frais et dépens, un montant de 616'404 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 19 avril 2013, ainsi que 1'491 fr. plus intérêts à 5 % l'an dès le 30 janvier 2014 (art. 207 al. 2 CPC)* » et, subsidiairement, à son annulation.

A l'appui, l'appelant a produit la table 5, révisée en 2011, d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale sur

l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20), en particulier de l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, établie par la Suva.

Par acte du 2 juin 2023, la K. _____ SA (ci-après : l'appelante) a interjeté appel contre le jugement précité en concluant, avec suite de frais, à sa réforme, le chiffre I de son dispositif étant modifié en ce sens que l'introduction en procédure des allégués nouveaux 341 à 353, ainsi que les moyens de preuve y afférents qu'elle avait formulés dans sa requête du 3 juin 2022 est admise, le chiffre II modifié en ce sens que les conclusions prises par le demandeur au fond sont rejetées et les chiffres III à VII en ce sens que les dépens et les frais sont entièrement mis à la charge du demandeur au fond, sous réserve des dépens et frais relatifs aux conclusions reconventionnelles. Subsidiairement, l'appelante a conclu, avec suite de frais, à l'annulation du jugement querellé, la cause étant renvoyée pour nouveau jugement et nouvelle instruction dans le sens des considérants, en particulier pour admettre la requête des novas du 3 juin 2022, ainsi que les offres de preuves proposées et procéder à une contre-expertise judiciaire.

Les appelants n'ont pas été invités à déposer de réponses.

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

1. L'appelant était employé par la pharmacie « [...] SA » qui avait souscrit pour son personnel une assurance intitulée « Assurance collective accidents complémentaire LAA » auprès de l'appelante.

La police de cette assurance prévoit notamment une « [s]omme d'assurance en cas d'invalidité permanente totale (Variante B) » de deux fois le salaire annuel.

Les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA), censées alléguées en leur entier, prévoient notamment au chiffre 8 que le taux

d'invalidité pour calculer le capital invalidité en cas d'invalidité présumée et permanente est fixé « selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'Annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) » et « [l]es taux indiqués dans ce barème engagent les parties », puis qu'« en cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, le taux d'invalidité est établi par addition des divers taux. Il ne peut cependant jamais excéder 100% ». Le chiffre 8 stipule également que « [p]our les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème sera appliqué par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte ».

L'appelant était également assuré à titre obligatoire contre le risque accident conformément à la LAA auprès de l'appelante.

2. Le 20 février 2001, l'appelant a subi un grave accident de la circulation.

Il a subi un polytraumatisme sévère, sous la forme d'une fracture en T du cotyle droit, une fracture bilatérale du sacrum, une fracture de l'omoplate droite, une fracture tassement du mur antérieur de L1 et une atteinte radiculaire de L5-S1 droite. Il est resté hospitalisé plusieurs mois.

3. Malgré une bonne consolidation des fractures du bassin, après traitement conservateur et, pour la fracture du cotyle, réduction sanglante et ostéosynthèse, des douleurs importantes ont persisté chez l'appelant.

Selon un courrier du 14 août 2002 du Dr [...], médecin-chef auprès du Service d'anesthésiologie et antalgie de l' [...], les douleurs de l'appelant, chroniques et très peu fluctuantes, étaient présentes aussi bien au repos qu'à l'effort et le port d'un TENS (réd. : en angl., Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator, et en fr., stimulateur électrique transcutané) ne les avaient diminuées que dans une faible mesure. Le pronostic de ce type de douleur était sombre ; une reprise partielle à 30 ou 50 % paraissait cependant possible.

4. Le 11 mars 2003, à la demande de l'appelante, le Dr [...], spécialiste en médecine interne et en rhumatologie à la [...] (ci-après : la [...]), a établi un rapport dont il ressort ce qui suit : « [...] il n'y a plus d'amélioration à attendre du traitement après 2 ans, c'est la question de l'exigibilité qui doit être réglée : cet aspect doit faire l'objet d'une expertise médicale lege artis [...]. On ne peut que se ranger à l'avis du Dr [...] pour qui la reprise d'une activité de pharmacien pouvait être envisagée à un taux initial minimal de 30 % en août 2002 déjà. Dans ce contexte, un séjour de réadaptation dans notre Clinique ne nous paraît pas receler d'intérêt. »

5. Le 3 juin 2003, le Dr [...] a modifié son pronostic d'une reprise partielle, seule une activité entre 5 et 10 %, non suivie, lui paraissant envisageable.

6. Le 16 décembre 2003, à la demande de l'appelante, les Drs [...] et [...], respectivement chef de service et médecin adjoint auprès du Service de neurologie [...], ont établi un rapport, en se basant notamment sur les rapports du Dr [...] du 11 mars 2003 (cf. supra ch. 4) et du Dr [...] des 14 août 2002 et 3 juin 2003. L'objectif des Drs [...] et [...] était d'évaluer les séquelles de l'accident de l'appelant et sa capacité de travail. Les médecins ont considéré que l'état de santé de l'appelant pouvait être considéré comme stabilisé et qu'il n'y avait pas lieu de penser que la situation pouvait se dégrader. Ils ont admis une « diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail » et ont proposé une reprise à 30% de l'activité antérieure comme cadre dans une pharmacie avec un aménagement de l'emplacement de travail, telle la possibilité de s'allonger lorsque les douleurs en position assise ou debout étaient trop intenses. Ils ont dénié une atteinte importante et durable à l'intégrité physique au sens de l'art. 24 LAA, élément qu'ils ont confirmé, le 31 mars 2004. Ils suggéraient également qu'un psychiatre accompagne l'appelant par un soutien psychologique dans le cadre de son syndrome douloureux.

7. Le 13 mai 2004, l'appelante a réservé une suite favorable à la demande d'avance sur le dommage permanent anatomique formulée par l'appelant. Elle a précisé que le montant qui serait versé - à hauteur de 30'000 fr. - était à faire valoir sur le règlement final du cas, « autant dans le cadre de la LAA que de l'assurance complémentaire ».

En juin 2004, l'appellante a versé l'acompte de 30'000 fr. consenti sur le dommage permanent.

8. Le 26 août 2004, les Drs [...] et [...] ont répondu à un questionnaire que leur avait adressé le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR-AI). Après avoir décrit les constatations neurologiques objectives, les médecins ont expliqué que les douleurs neurogènes après une atteinte plexuelle étaient très variables selon les patients mais pouvaient être effectivement chroniques, très invalidantes et résistant au traitement comme « c'est le cas chez votre patient ». Il s'agissait probablement de douleurs référées traduisant les séquelles de fractures du patient, étant probable que ce phénomène associé à son atteinte plexuelle provoque les douleurs invalidantes « de votre patient ».

9. Le 14 septembre 2004, le Service médical régional AI a rendu un avis médical.

10. Le 9 février 2005, à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr [...], spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a réalisé une expertise psychiatrique de l'appelant. Le médecin a considéré qu'il n'y avait pas de limitation d'ordre psychique concernant la capacité résiduelle de travail de l'appelant et que l'activité exercée jusqu'ici était, « [s]ur le plan purement psychiatrique », encore exigible.

11. Le 23 août 2005, le Dr [...], neurologue FMH, a rédigé un rapport médical à l'attention du SMR-AI. Il a mentionné une incapacité de travail de 100 % qui avait débuté le 20 février 2001, étant restée la même

depuis lors. Il a estimé qu'une reprise ultérieure de l'activité de pharmacien serait possible si les douleurs s'atténuaient spontanément ou sous l'effet d'une thérapie.

12. Par décision du 23 décembre 2005, l'OAI a alloué à l'appelant une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1^{er} février 2002. L'office a considéré que ce dernier présentait un degré d'invalidité de 70 % depuis le 1^{er} mai 2003, compte tenu d'une capacité de travail exigible estimée à 30 % dans son ancienne activité professionnelle.

13. Le 25 janvier 2006, l'appelante a informé l'appelant du fait qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet dès le 31 janvier 2006.

Par décision du 27 janvier 2006, elle a alloué à l'appelant une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité « *[a]u vu des constatations médicales et après examen de la situation économique* » de 70 % dès le 1^{er} février 2006. L'appelant n'a pas contesté cette décision.

14. Le 31 janvier 2006, le Dr [...] a estimé qu'il existait « un dommage permanent au sens de l'art. 24 LAA », compte tenu de l'atteinte à l'intégrité corporelle de 30 %.

15.

15.1 Par décision du 8 février 2006, l'appelante, en sa qualité d'assureur-accidents, a apprécié le dommage permanent de l'appelant, en se fondant sur le taux global de 30 % d'atteinte à l'intégrité tel que déterminé par le Dr [...], et a fixé l'indemnité due à l'appelant à 32'040 fr., montant correspondant au 30 % du montant maximum du gain assurable à la date de l'accident. Un acompte de 30'000 fr. ayant été versé, le solde encore dû s'élevait à 2'040 francs.

L'appelante a confirmé ce taux par décision sur opposition du 11 janvier 2007, décision que l'appelant n'a pas contestée.

15.2 Par décision du 8 février 2006 également, l'appelante a arrêté le capital invalidité représentant deux fois le salaire annuel, multiplié par 30 % et majoré de 10 %, soit un montant de 79'536 fr. (40 % de 198'840 fr.), et a versé ce montant à l'appelant à titre de capital invalidité.

Elle motivait son calcul de la manière suivante :

« [...]

Par courrier séparé, nous vous avons indiqué le montant des prestations dues au titre de l'assurance-accidents obligatoire à la suite de l'accident précité.

L'assurance complémentaire conclue auprès de notre compagnie prévoit un capital invalidité représentant deux fois le montant du salaire annuel réalisé dans l'année précédant l'accident au service de l'entreprise assurée, selon l'art. 12, lettre b des Conditions générales d'Assurance (CGA) applicables [...].

Les critères pour déterminer l'importance de l'invalidité sont les mêmes que ceux appliqués par l'assurance obligatoire LAA pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique ou mentale.

En revanche, les Conditions générales d'Assurance prévoient, en leur art. 8, lettre c, un barème parfois différent. En outre le contrat en cause comprend une garantie invalidité selon le système dit "progressif", avec la variante B, selon l'art. 8, lettre c des Conditions générales.

Compte tenu de ces indications, notre calcul est le suivant :

- Salaire réalisé dans l'année précédant l'accident,
Selon fiches de salaire fournies par l'employeur Fr. 99'420.-

- Montant du capital assuré : Fr. 198'840.-
- Taux d'invalidité fixé par le Dr. [...] : 30 %
- Revalorisation en fonction de la variante progressive B : 40 %
- Indemnité nette : 40 % de Fr. 198'840.-, soit Fr. 79'536.-

Nous versons immédiatement cette somme sur votre compte auprès de la banque [...].

[...] ».

16. Le 29 décembre 2009, dans le cadre d'une procédure judiciaire opposant l'appelant à une autre compagnie d'assurance, en tant qu'assurance occupant, le Dr [...], médecin-directeur du Département de neurologie de [...], maître d'enseignement de l'Université de [...] et médecin-adjoint dans le Service de neurologie [...] a établi une expertise judiciaire. Dans ce rapport, le médecin a retenu un taux global de l'ordre de 100 % résultant de l'addition des différentes atteintes subies par l'appelant sur le plan orthopédique, digestif, neurologique et neuropsychologique, en précisant qu'« effectivement, les autres atteintes, dont la somnolence, permettent d'apprécier une atteinte globale de l'ordre de 100 %. ».

Dans un rapport complémentaire du 31 mars 2011, l'expert [...] a mentionné qu'« en tenant compte d'une pondération nécessaire, je pense qu'un taux de perte de l'intégrité globale de l'ordre de 65% devrait être retenu. ».

Dans cette autre procédure, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a confirmé un taux d'invalidité de 65 % pour calculer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle due à l'appelant (arrêt CACI du 17 décembre 2012 consid. 4).

Il ressort notamment ce qui suit du considérant 4 de l'arrêt :

« [...] »

3. L'appelant [ndlr : le demandeur] conteste uniquement le taux d'invalidité retenu par les premiers juges, soit 65%. Il estime que ce taux est de 100% et, en tout cas, supérieur à 65%. Pour sa part, l'appelante par voie de jonction [ndlr : la compagnie d'assurance] considère que ce taux ne saurait dépasser 50%.

[...]

4. Il convient dès lors d'examiner d'une part si l'expert [...] - dont les conclusions ont été suivies par les premiers juges - s'est conformé au principe d'addition des taux, ce que conteste l'appelant principal et, d'autre part, s'il y a lieu de préférer les rapports de X._____ et de J._____ à l'expertise judiciaire, comme le soutient l'appelante par voie de jonction.

a) Il apparaît tout d'abord que c'est en vain que l'appelant se prévaut de l'expertise initiale du Dr [...], selon laquelle le taux résultant de l'addition des différentes atteintes était de l'ordre de 100%. Comme l'expert l'a expliqué dans son expertise complémentaire et au cours des débats, ce taux de 100% tenait compte non seulement des atteintes objectives neurologiques et orthopédiques, mais aussi des conséquences psychiques de l'accident. Or, au vu de l'expertise psychiatrique, il n'y avait en définitive pas lieu de retenir ces conséquences, raison pour laquelle le Dr [...] a modifié ses conclusions dans son rapport d'expertise complémentaire.

Quant à l'expertise complémentaire, elle ne méconnaît pas le principe de l'addition des taux, bien que le rapport soit quelque peu équivoque en parlant d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de l'ordre de 65 % "en tenant compte d'une pondération nécessaire". Cette appréciation peut toutefois se comprendre comme relative à la pondération du facteur d'évaluation à l'intérieur des fourchettes prévues par les tables de la SUVA, en particulier de la table 21 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

L'expert a en effet retenu dans son rapport complémentaire que l'atteinte à l'intégrité de la colonne dans sa partie sacrée était très douloureuse et pouvait être assimilée à une valeur de l'ordre de 50% - ce qui constitue le maximum prévu par la table 7 de la SUVA - mais que l'atteinte de la queue de cheval selon la table 21 de la SUVA n'était que partielle ce qui justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale "de l'ordre de 65 %". On en déduit que les troubles liés à l'atteinte partielle de la queue de cheval ont été évalués à 15%, ce qui ne prête pas le flanc à la critique dès lors que seule une atteinte complète justifie, selon la table 21 de la SUVA, un taux de 25 à 50% suivant le niveau lésionnel et que l'on se trouve en l'espèce en présence d'une atteinte partielle. L'appelant principal ne conteste d'ailleurs pas le taux de 65% pour ces deux troubles.

b) L'appelant estime cependant qu'il y a lieu d'ajouter à ce taux celui résultant des conséquences indirectes de l'accident, en particulier de ses problèmes digestifs, des atteintes sexuelles et de l'hyposomnie.

Dans la mesure où les troubles du sommeil, les douleurs et la fatigabilité constitueraient des troubles d'ordre psychique ou

neuropsychologique, le lien de causalité ne peut être retenu. Dans son rapport complémentaire, l'expert reconnaît au vu de l'expertise du Dr [...] qu'on ne peut retenir une atteinte à l'intégrité pour troubles psychiques, notamment en relation avec les troubles du sommeil et la fatigue diurne.

Dans la mesure où les troubles digestifs sont dus à l'utilisation d'opiacés permettant de diminuer l'intensité de la douleur et seraient indirectement liés aux atteintes physiques constatées, ils sont déjà indemnisés par le taux d'invalidité retenu pour les atteintes physiques, comme le retiennent les premiers juges, et ne fondent dès lors pas une indemnisation propre. L'appelant ne cite d'ailleurs aucune table de la SUVA qui justifierait une indemnisation autonome de ce poste.

Enfin, l'atteinte sexuelle dont se prévaut l'appelant n'est pas établie par le dossier. Il résulte au contraire de l'expertise complémentaire que la libido est préservée et les relations sexuelles possibles.

Cela étant, c'est à juste titre que les premiers juges ont retenu le taux de l'ordre des deux tiers, soit 65% sur la base de l'expertise du Dr [...] et des précisions que celui-ci a apportées à l'audience. »

17. Dans un rapport du 24 juin 2011, le Dr [...], psychiatre FMH et médecin consultant auprès du Centre de la Douleur de [...], a retenu que l'appelant présentait, en plus des douleurs chroniques, des symptômes qui correspondaient à un syndrome de stress post-traumatique après son accident. Ces symptômes, dont des apparitions brusques d'état de somnolence de durée variable, nécessitaient une mise à l'écart et un arrêt de toute activité et de toute stimulation externe.

18.

18.1 Par requête de conciliation du 12 décembre 2013, l'appelant a ouvert action contre l'appelante devant la chambre patrimoniale. Les frais de la procédure de conciliation ont été arrêtés à 1'491 francs.

18.2 Par demande du 28 avril 2014, l'appelant a conclu, avec suite de frais, à ce que l'appelante doive lui payer un montant de 616'404 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 19 avril 2013, ainsi que 1'491 fr., plus intérêts à 5% l'an dès le 30 janvier 2014.

19.

19.1 Le 19 mai 2014, l'appelant a indiqué pouvoir se rallier, sur le principe, à la mise en œuvre d'une expertise par la [...], l'expertise devant toutefois avoir lieu en français.

19.2 Le 17 juillet 2014, l'appelante a mandaté la [...] en vue d'une expertise pluridisciplinaire (ci-après : le rapport de [...]), sur les plans orthopédique, psychiatrique et neurologique, nécessaire pour apprécier une éventuelle modification du droit de l'appelant à la rente LAA.

L'appelante s'est adressée à la clinique en ces termes :

« [...]

En notre qualité d'assureur LAA, nous intervenons pour les suites de l'accident que M. R. _____ a subi le 20.02.01 : [...]

[...]

Le 18.04.13, l'avocat de notre assuré nous a écrit pour réclamer un solde considérable sur le capital invalidité versé en 2006. Sur la base d'un rapport d'expertise du 29.12.09 du Dr [...], il faisait en effet valoir un taux de 100% au lieu du 30% accordé.

Nous avons dès lors décidé de trancher cette question au moyen d'une expertise pluridisciplinaire permettant aussi de vérifier si le droit à la rente LAA s'est modifié.

C'est dans ce contexte que nous vous sollicitons.

[...] ».

19.3 Le 8 septembre 2015, la [...] a déposé un rapport, en langue allemande, dans lequel les médecins ont constaté que les déclarations de l'appelant, qui avait séjourné sur place pour y être examiné, étaient contradictoires et révélaient un manque de cohérence dans son attitude. Ils ont estimé qu'il n'y avait aucune atteinte d'un point de vue orthopédique, qu'un élément justifiant une atteinte manquait d'un point de vue psychiatrique et qu'une atteinte de 20 à 30 % à l'intégrité de l'appelant pouvait être estimée d'un point de vue neurologique. Ainsi, toutes disciplines confondues, ils ont confirmé l'estimation du Dr [...], soit une atteinte à l'intégrité à hauteur de 30 %.

Les passages suivants sont extraits du rapport de synthèse de l'ensemble des expertises – psychiatrique, neurologique et orthopédique – menées dans ce cadre :

« **Bilan interdisciplinaire et réponse aux questions**

[...]

Avis interdisciplinaire global

[...]

L'absence de déficience neurologique clinique reproductible et objectivable dans la région du bassin et des jambes a été confirmée dans le cadre de l'examen pratiqué par le Dr. [...] à la Clinique [...] de [...] le 11.03.2003. Aucune paralysie ni atrophie musculaire (faiblesse des muscles) au niveau du bassin et des extrémités inférieures n'ont pu être constatées non plus à l'occasion de l'examen neurologique de mars 2015 (en précisant que l'examen de l'assuré a été compliqué par les douleurs dont il s'est plaint).

Du point de vue neurologique, on peut donc présumer une lésion neuronale chez l'assuré au niveau des racines de L5 jusqu'à S3 environ du côté droit, toutefois sans destruction de ces structures neuronales. Les déficits de sensibilité chez l'assuré dans la région périanale, au niveau du scrotum et sur la face interne de la cuisse à droite sont des séquelles de l'accident (peut-être également en lien avec l'intervention de stabilisation du 05.03.2001 qui s'est avérée nécessaire). La persistance de séquelles de l'accident dans la région uro-génitale ne peut être exclue, aucun handicap majeur lié à une incontinence (ou autre trouble de la miction), une constipation (ou autre trouble neurogène intestinal) ou un trouble sexuel n'est pourtant identifiable chez l'assuré d'un point de vue neurologique. Dans l'ensemble, on peut très probablement considérer qu'il s'agit chez l'assuré de troubles durables de la sensibilité dans la région du bassin du fait des fractures subies.

Au plan orthopédique (cf. expertise du Dr. [...]), aucune séquelle du traumatisme qui pourrait expliquer l'important syndrome douloureux (nociceptif) n'est identifiable.

Du point de vue psychiatrique, il n'existe aucune pathologie objectivable et l'existence d'une dépression peut être exclue. Plus particulièrement, aucun élément ne vient non plus étayer un diagnostic de stress post-traumatique.

Les douleurs ressenties par l'assuré et l'épuisement dont il se plaint sont plutôt à mettre en rapport avec un spectre de troubles somatoformes (trouble somatoforme indifférencié, F45.1), bien que les symptômes rapportés aillent bien au-delà de ce qui est caractéristique pour ce type de troubles.

Évaluation de la cohérence et de la plausibilité des informations fournies par l'assuré

Du point de vue neurologique, il faut noter que le spécialiste du traitement de la douleur constatait déjà en 2005 que les médicaments destinés à lutter contre les douleurs neuropathiques (tels que Neurontin ou Saroten) ont eu aussi peu d'effet que les opiacés (d'après les déclarations de l'assuré). Il est tout à fait incohérent du point de vue neurologique que l'assuré décrive d'une

part un syndrome douloureux subjectivement invalidant, mais que d'autre part toutes les tentatives de traitement antalgique (exécutées dans les règles de l'art) aient échoué. Les déclarations de l'assuré selon lesquelles il n'a quasiment plus pris d'antalgiques dans les mois précédant l'expertise caractérisent l'incohérence existante entre les douleurs dont il se plaint et son comportement. Il est plutôt contradictoire de constater que l'assuré gère son quotidien sans recourir régulièrement à des antalgiques (voire seulement rarement en fonction des besoins), mais qu'il ne se sent pas en mesure de reprendre une activité à temps partiel à un poste adapté. Compte tenu du syndrome douloureux (subjectivement invalidant) décrit par l'assuré durant la présente anamnèse, il n'est pas imaginable qu'il puisse aller régulièrement nager en vue de faire de l'exercice physique et qu'il se sente capable de conduire un véhicule en plein trafic.

Si l'on se fie au comportement douloureux affiché par l'assuré lors de l'expertise effectuée dans le cadre d'une hospitalisation à la [...] au mois de mars 2015, il n'est pas raisonnable qu'il conduise un véhicule en plein trafic tel qu'il le fait actuellement.

Le fait que le Dr. [...], psychiatre chargé de l'expertise, ait observé que l'assuré se réveillait facilement d'un « coma » dans sa chambre montre clairement la nature psychogène des états « comateux » (subjectivement incontrôlables) rapportés par l'assuré.

Les examens neuropsychologiques réalisés à la [...] les 16 et 18.03.2015 ont donné des résultats majoritairement inférieurs à la moyenne, voire largement inférieurs à la moyenne dans divers domaines fonctionnels. L'assuré répétait durant l'examen neuropsychologique qu'il souffrait de fortes douleurs et a interrompu l'examen à une reprise en raison d'une exacerbation de ses douleurs. La validation standardisée des symptômes, menée en parallèle du test neuropsychologique, a révélé chez l'assuré, selon toute probabilité, des signes de présentation inauthentique d'un trouble cognitif. Diverses incohérences sont ressorties du profil de capacités cognitives et ne laissent pas penser à une restriction définie des fonctions cognitives due à une maladie ou une lésion du cerveau connue en neurologie. Du point de vue neurologique, l'assuré n'a été victime d'aucun traumatisme crânien dans le cadre de l'accident, susceptible d'expliquer les symptômes et/ou atteintes du système nerveux central.

Des résultats incohérents ont été signalés lors de la concertation interdisciplinaire du 21.03.2015 concernant l'analyse ergothérapeutique et physiothérapeutique. L'assuré a refusé de monter des escaliers alors que d'après l'anamnèse, l'accès à son logement ne se fait que par des escaliers.

Sa vitesse de marche atteignait 1,2 km/h au maximum. C'est une vitesse qui ne permet pas de traverser une rue équipée d'un feu pour piétons dans le temps imparti lorsque l'on commence à traverser quand le feu passe au rouge.

Le comportement de l'assuré a fait l'objet d'une description lors de chacun des deux entretiens psychiatriques prolongés et va bien au-delà des manifestations caractéristiques observées lors de troubles somatoformes. Se référer à ces descriptions pour plus de détails. Il était étonnant de constater à quel point l'assuré oscillait rapidement entre un récit animé émaillé d'émotions positives d'une part et des manifestations brutales, mais paraissant atypiques et parfois dramatiques de douleurs.

Se référer également au paragraphe de l'expertise psychiatrique consacré à l'évaluation des incohérences.

Réponse interdisciplinaire aux questions

[...]

1. Quelles sont les plaintes actuelles de l'assuré ?

Douleurs circulaires au niveau du bassin, périnée compris, avec plusieurs exacerbations par jour, empêchant largement l'assuré de se déplacer lors de ces phases. Indication supplémentaire de déficiences cognitives. Les autres symptômes sont détaillés dans chaque expertise et rapport.

2. Quelles sont les constatations objectives ?

Compte tenu des blessures subies et des indications répétées de l'assuré lors des examens neurologiques antérieurs, les atteintes sensorielles situées dans la région du bassin et de la cuisse (sans lesdits « symptômes supplémentaires » tels que l'hyperpathie ou l'allodynie) peuvent être considérées comme des séquelles durables et cliniquement reproductibles de l'accident. On constate des orteils en griffe au pied droit. Les mouvements de l'épaule droite sont légèrement limités. Se référer aux expertises pour les détails.

3. Récapitulatif des diagnostics ?

- Polytraumatisme de janvier 2001 : fracture du sacrum consolidée, fracture de l'acétabulum à droite réduite au plan anatomique, sans coxarthrose ; ICD-10 : S32.7
- Fracture du plateau vertébral consolidée en LI, sans déformation majeure du corps vertébral.
- Pseudarthrose de l'apophyse transverse de L5 à gauche
- Fracture consolidée de l'omoplate droite, avec raccourcissement du col de l'omoplate.
- Hypoesthésie génito-anale résiduelle et/ou dysesthésie consécutive à une possible lésion du plexus lombo-sacré à droite en janvier 2001 et/ou à des opérations qui se sont avérées nécessaires ; absence de signe de déficience neurologique objectivable consécutive (directement ou indirectement) à l'accident de 2001 ; orteils en griffe éventuellement consécutifs à l'accident.
- Syndrome douloureux neuropathique léger à modéré au maximum, lié à des lésions essentiellement des nerfs périphériques sensoriels au niveau du bassin ; ICD-10 : CD-10 : S34.5
- Diagnostic neuropsychologique : constat non spécifique en raison de signes, selon toute probabilité, d'une présentation inauthentique des symptômes et des capacités en lien avec des troubles cognitifs.
- Fatigue accrue subjective et besoin impératif de dormir (fatigue importante et soudaine) sans origine identifiable liée à l'accident ou à une pathologie, mais probablement en lien avec un trouble somatoforme (exagéré dans sa présentation) associé à une composante douloureuse somatoforme.

4. Le taux de 30 % fixé le 31.01.06 par le Dr [...] pour l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité vous paraît-il : correct, trop bas ou trop élevé ? Quelle est en définitive selon vous l'importance de l'atteinte à l'intégrité physique, exprimée en pourcent, pour l'ensemble des séquelles de l'accident ? Merci de détailler les diverses atteintes et de chiffrer le taux en pourcent pour chacune d'elles.

D'un point de vue purement orthopédique, l'atteinte à l'intégrité est limitée. L'articulation de l'épaule droite permet un angle supérieur à 30° par rapport à l'horizontale, le mouvement de l'articulation de l'épaule n'est donc pas perturbé dans son harmonie. Selon le tableau 1 figurant dans la publication de la Suva intitulée « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA », aucune atteinte à l'intégrité ne peut être reconnue sur la base de l'atteinte limitée du fonctionnement de l'épaule.

La consolidation du bassin est solide, l'articulation de la hanche anatomiquement restaurée, sans signe important d'arthrose, ne donnant lieu à aucune atteinte à l'intégrité, au même titre que les orteils en griffe à droite.

D'un point de vue neurologique, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 à 30 % maximum peut être reconnue sur la base d'une lésion sensorielle, plus marquée à droite et reproductible au niveau du bassin.

D'un point de vue psychiatrique, absence d'élément justifiant une atteinte à l'intégrité sur la base du trouble somatoforme indifférencié dont l'ampleur ne peut pas être prouvée.

Dans l'ensemble (toutes disciplines confondues), il convient de conforter l'estimation antérieure d'une atteinte à l'intégrité à hauteur de 30 % (faite par le Dr. [...]).

5. Des facteurs étrangers à l'accident ont-ils joué ou jouent-ils un rôle dans l'atteinte à la santé, et de quelle façon ?

En tenant compte de tous les constats actuels demandés à l'extérieur et de ceux effectués durant l'expertise avec hospitalisation, aucun facteur d'origine psychique, étranger à l'accident, ni de facteur lié à une maladie, pouvant jouer un rôle, n'est identifiable. La hernie discale lombo-sacrée, probablement provoquée par une chute dans l'escalier en 2003 et qui avait aggravé l'état de santé de l'assuré de manière transitoire, s'est résorbée.

6. Les plaintes actuelles sont-elles encore dues de façon : - certaine ; - probable ; seulement possible ; - exclue, aux séquelles de l'accident de 2001 ?

Les seules conséquences de la fracture du bassin que l'on peut constater au plan neurologique sont des lésions durables de divers nerfs sensibles/sensoriels. Elles peuvent être retenues comme causes probables d'un syndrome douloureux léger à modéré d'origine neuropathique. Il faut noter que l'assuré n'a pas réussi à convaincre les médecins qui l'ont examiné de l'étendue et de la nature des douleurs et handicaps dont il s'est plaint lors de l'expertise de mars 2015.

7. L'état de santé de l'assuré s'est-il notablement modifié depuis le 17.08.2005 ? Prière de préciser la nature et l'importance des modifications à retenir selon vous.

Rien n'indique l'apparition de modifications dégénératives supplémentaires ou de pathologies importantes depuis 2005.

8a. Peut-on exiger médicalement de l'assuré qu'il surmonte ses troubles par un effort de volonté ?

Compte tenu du fait qu'il n'a pas été possible de prouver un degré de gravité suffisant ou élevé du trouble somatoforme indifférencié (se référer à l'évaluation psychiatrique selon les nouveaux critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral du 03.06.2015 pour prendre connaissance des différents arguments), il faut en conclure qu'il n'y

a pas d'arguments pouvant justifier une limitation à la capacité de surmonter ces troubles.

Le fait que l'assuré indique n'avoir plus besoin depuis longtemps de recourir à une analgésie médicamenteuse (régulière ou à forte dose) peut être considéré comme le résultat d'un effort de volonté pour surmonter des symptômes subjectifs. L'absence de prise d'antalgiques ou de calmants, confirmée par des analyses en laboratoire dans le cadre de l'expertise, peut également signifier que l'assuré ne souffre pas de fortes douleurs (graves). L'appréciation générale du comportement observé chez l'assuré laisse penser à une modification volontaire de sa part, suggérant qu'il peut sciemment maîtriser en grande partie son comportement. Il peut par conséquent utiliser ces ressources pour surmonter les conséquences fonctionnelles de ses symptômes.

8b. Peut-on envisager pour lui des mesures professionnelles visant à la reprise d'une activité de pharmacien diplômé ou d'une activité de substitution selon la question ci-après ?

Vu qu'en mars 2015, l'assuré n'a pas su convaincre du fait qu'il a déployé tous ses efforts possibles lors des examens ergothérapeutiques et physiothérapeutiques standardisés et à l'occasion des examens somatiques réalisés dans le cadre de l'expertise, il convient de répondre aux questions 8b, 9a et 9b d'un point de vue médical interdisciplinaire théorique. La mise en place de mesures professionnelles visant à la reprise d'une activité de pharmacien diplômé ou d'une activité de substitution est indiquée.

9a. À supposer qu'une activité de pharmacien puisse encore être exercée, quel serait le taux de capacité (indiquer ce taux en temps et en rendement) ?

Aucun motif n'empêche une activité normale de pharmacien (en temps et en rendement) d'un point de vue orthopédique et psychiatrique. L'expertise neurologique établit que, compte tenu des conséquences neurologiques objectivables de l'accident de 2001 et des symptômes qu'elles expliquent, une perte de rendement de maximum 30 % peut être justifiée pour l'assuré dans son activité initiale de pharmacien, mais sans conséquence sur le temps de travail. Au plan médical théorique, une reprise progressive sur quelques mois est envisageable.

9b. Pour une activité de substitution, précisez quelles caractéristiques cette activité devrait avoir.

On peut constater au plan orthopédique qu'aucun obstacle ne vient exclure l'exercice d'une activité de difficulté au moins modérée à temps plein (selon les conditions en vigueur dans le pays). Aucune séquelle prouvable de l'accident ne peut justifier une baisse théorique du temps de travail ni du rendement, si on envisage une activité moins exigeante au plan intellectuel, impliquant un effort physique tout au plus modéré.

9c. À supposer qu'une telle activité de substitution soit envisageable, quelle serait, dans ladite activité, la capacité en temps et en rendement ?

100 % aussi bien en temps qu'en rendement.

10. Les séquelles de l'accident nécessitent-elles encore un traitement médical ? Si oui, ce traitement est-il susceptible d'améliorer notablement la situation ou d'empêcher une notable détérioration ?

Aucune mesure n'est nécessaire actuellement au plan orthopédique. Il existe un risque élevé de coxarthrose à droite et d'omarthrose à droite à long terme. D'un point de vue neurologique, les troubles urinaires, intestinaux et sexuels ne peuvent s'expliquer, dans leur forme actuelle, par des séquelles établies de l'accident. Vu qu'aucun traitement spécifique continu n'a été mis en place jusqu'à présent à ce sujet, ni concernant les déficiences sensorielles et douleurs dont se plaint l'assuré, aucun traitement ne sera non plus nécessaire à l'avenir.

11. Avez-vous d'autres informations à nous communiquer ?

Il convient de se référer à l'avis rendu sur les expertises antérieures, précisé dans l'expertise neurologique [...] ».

Les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique sont notamment les suivantes :

« [...]

On peut dire, en **conclusion**, que les indicateurs de gravité ou les indicateurs standards dans leur ensemble ne permettent pas de justifier que l'assuré ne puisse pas surmonter les effets de sa souffrance somatoforme sur ses capacités fonctionnelles.

[...]

En général, seuls des troubles somatoformes extrêmement marqués remplissent les conditions justifiant une limitation de l'exigibilité. Ceci ne peut pas être prouvé ici.

Il faut également noter qu'au regard de la façon exagérée et déformée dont l'assuré présente les symptômes, il n'est pas possible d'identifier la nature effective du trouble somatoforme sous-jacent diagnostiqué. Ainsi, aucun profil ne peut être mis en évidence, sur lequel il serait possible de s'appuyer pour évaluer la capacité de travail resp. les capacités fonctionnelles, comme p.ex. à l'aide du mini ICF.

[...]

Dans le cas de l'assuré, on peut ainsi conclure qu'il n'est pas possible, du point de vue psychiatrique, de confirmer une restriction supplémentaire de l'exigibilité dans le cadre de ce qui peut être exigé d'un point de vue somatique - voir aussi le résumé interdisciplinaire.

[...] ».

Les passages suivants sont extraits du rapport d'expertise neurologique :

« [...]

Les descriptions faites par l'assuré des différents symptômes ou également à l'occasion de questions posées sur l'accident de 2001 ont été si détaillées et si redondantes qu'elles ont compromis une

anamnèse exhaustive et complète. Etant donné la description récurrente et très détaillée de ses symptômes, il est impossible de retenir l'hypothèse d'un trouble important de la concentration, tel que l'indique l'assuré. Le fait que d'une part, l'assuré perde du temps dans une interminable description et d'autre part refuse par principe certains examens médicaux (par anticipation d'une recrudescence de la douleur) donne l'impression qu'il a voulu entraver la réalisation de la présente expertise.

[...]

L'assuré n'a pas rapporté de céphalées au sens strict du terme lors de l'anamnèse neurologique. La présente expertise fait simplement état de conséquences de douleurs non spécifiques dans le dos et de douleurs à la nuque dans la partie supérieure. D'un point de vue neurologique, le diagnostic de céphalées n'est pas justifié chez l'assuré. D'ailleurs, aucun traitement n'est indiqué pour les maux de tête dont parle l'assuré.

[...]

Il est impossible de justifier une diminution des capacités professionnelles de l'assuré par les conséquences uro-génitales de l'accident dont il a été victime. Les symptômes relatifs à la miction et à la défécation dont fait état l'assuré depuis l'accident n'ont jamais nécessité de traitement médicamenteux à l'exception de la prise (fréquente dans la population générale en bonne santé) de laxatifs (en l'occurrence Xenical). Rien ne renvoie non plus à un dysfonctionnement érectile pathologique de l'assuré, que ce soit dans l'anamnèse ou les documents demandés pour cette expertise.

[...] ».

Quant à l'expertise orthopédique, elle a notamment retenu ce qui suit :

« [...]

Le traumatisme de compression du bassin du 20.02.2001 a entraîné une fracture transforaminale du sacrum des deux côtés, et en outre une fracture de l'acétabulum à droite. [...] Sur la base du déplacement des parties molles, l'imagerie permet de conclure que la tuméfaction du côté droit est un peu plus importante qu'à gauche, ceci est le point de départ de l'explication du trouble neurologique sur le côté droit.

Il n'est toutefois pas possible de considérer que cela a conduit à une compression directe du plexus lombo-sacré à droite. [...]

[...] ».

20. Le 9 mai 2016, en sa qualité d'assureur-accidents, l'appelante s'est fondée sur les conclusions du rapport précité et a rendu une décision de révision de la rente LAA de l'appelant, en réduisant le taux d'invalidité de 70 % à 30 % dès le 1^{er} septembre 2016. Elle a par ailleurs mis fin, avec

effet au 31 mars 2015, à la prise en charge des frais de traitement médical, hormis le remboursement des médicaments (antalgiques et protection gastrique).

Par décision sur opposition de l'appelant rendue le 21 mars 2017, l'appelante a maintenu la réduction de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire avec effet dès le 31 août 2016.

Par jugement du 7 juin 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a annulé la décision sur opposition rendue le 21 mars 2017 par l'appelante en tant qu'elle portait sur le droit à la rente d'invalidité LAA et l'a réformée dans la mesure mentionnée dans les considérants en tant qu'elle portait sur le traitement médical. Concrètement, ladite autorité a ordonné le maintien de la rente d'invalidité au taux initial et condamné l'appelante à prendre en charge un suivi psychothérapeutique sous forme de séances de groupe, associées à quatre séances individuelles par année au maximum. A l'appui de ce qui précède, elle a considéré en substance que l'état de santé de l'appelant n'avait pas connu de modification médicale objective sensible depuis la première décision de rente, de sorte que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies. Quant au traitement psychothérapeutique, il constituait une mesure thérapeutique à même d'éviter une péjoration supplémentaire de l'état de santé du demandeur.

Par arrêt du 12 octobre 2018, la Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'appelante à l'encontre du jugement susmentionné.

21. Les 26 et 28 juillet 2016, à la demande de l'appelant dans le cadre de cette procédure de révision, les Drs [...], spécialiste FMH en neurologie, et [...], spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, ont déposé un rapport bidisciplinaire.

Dans son rapport du 26 juillet 2016, le Dr [...] s'est dit « [l]ors de l'approche clinique [...] frappé par un comportement douloureux

majeur et peu crédible ». Il a constaté un syndrome pluriradiculaire lombosacré droit post-traumatique sur le plan sensitif, avec répercussions sphinctériennes et de la fonction sexuelle, mais certainement majoré par une composante non organique. L'examen étant parasité par un comportement douloureux majeur et d'origine manifestement non organique, il a estimé dès lors difficile de juger quelle était la part somatique de la composante douloureuse neurogène sous-jacente, appréciée par les experts de [...] comme légère à modérée. Relevant que ceci paraissait correspondre à ce qu'il avait pu constater, il a également adhéré au constat d'une incapacité de travail de 30 % en tant que pharmacien. S'agissant de l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, il a indiqué que le tableau objectif correspondait à un hémisyndrome de la queue de cheval, ce qui correspondait à une atteinte à l'intégrité de 25 %.

Dans son rapport du 28 juillet 2016, le Dr [...] a constaté, sur le plan strictement orthopédique, une pleine capacité de travail du demandeur dans l'activité de pharmacien, précisant n'avoir aucune explication pour l'importance de ses plaintes douloureuses. Il a souligné que le maintien d'une aussi bonne musculature du membre inférieur droit n'était pas compatible avec les plaintes et la marche avec des cannes depuis plus de quinze ans, qui aurait dû clairement entraîner une atrophie de non-utilisation du membre inférieur droit et une importante inégalité d'usure de la chaussure vu l'appui préférentiel à gauche et non à droite.

22.

22.1 Le 25 août 2016, la psychiatre-psychothérapeute FMH, Dre [...], la psychologue FSP, [...], et le psychologue-psychothérapeute FSP, [...], ont mentionné que l'appelant manifestait des symptômes d'anxiété et dépressifs récurrents depuis son accident et que les souffrances consécutives à ce traumatisme nécessitaient encore aujourd'hui et pour une durée indéterminée des soins psychothérapeutiques spécifiques.

22.2 Le 13 septembre 2016, le Dr [...] a adressé un rapport à l'appelant dans lequel il indiquait que l'état de santé de ce dernier s'était dégradé depuis les tests effectués à [...]. La thérapie médicamenteuse

avait été modifiée pour introduire des doses progressives d'un nouvel analgésique complexe. Il était clair pour le médecin que le patient était absolument inapte à une activité professionnelle.

22.3 Le 23 septembre 2016, le Dr [...] a répondu à diverses questions formulées par l'appelant et a critiqué le rapport de [...].

Il a répondu ce qui suit :

« [...]

1. Suites de l'accident :

L'accident de février 2001 a eu des conséquences sur la santé psychique de Mr R._____ sous la forme d'un état de stress post-traumatique. [...] Sans véritable traitement, cet état de stress post-traumatique s'est ajouté aux séquelles du polytraumatisme et a provoqué aussi un clivage dans le vécu psychosomatique du patient. Dans ce sens, l'absence de plaintes psychiques et la focalisation sur le vécu douloureux est une expression de ce clivage.

[...]

3.

[...]

L'expertise psychiatrique [ndlr : de [...]] montre des faiblesses notamment p. 36, l'expert sous la mention Evaluation fait état de ses opinions personnelles (« ma longue expérience ») pour justifier de son jugement sur les symptômes en les décrivant comme des exagérations conscientes. Plus loin, il dit que ce cas n'est pas habituel (p. 38), et donc que Mr R._____ simule (« n'est pas authentique ») la gravité de ses douleurs. On peut rappeler que pour donner un avis de ce type, il faut que l'expert l'étaie au moins en rapport avec la personnalité du patient ou en cohérence avec d'autres éléments du contexte.

Mon avis est que le cas de Mr R._____ étant rebelle au système de classification, il déclenche des réactions émotionnelles notamment chez les experts lesquels perdent leur position de neutralité médicale (voir aussi à ce sujet les propositions non-éthiques de coagulation du cerveau par un médecin sans référence scientifique).

4.

Il y a une invalidité psychique liés [sic] aux troubles de la concentration, de la fatigue, des besoins de repos (« comas ») et des conséquences des douleurs chroniques sur les capacités cognitives comme l'attention et la mémoire.

[...] ».

23. Par réponse du 3 mars 2017, l'appelante a conclu, avec suite des frais, au rejet de la demande de l'appelant et, reconventionnellement à ce que ce dernier soit son débiteur et lui doive immédiat paiement d'un montant de 88'497 fr.75 avec intérêt à 5% l'an dès le dépôt des présentes. ».

24. Par décision du 15 août 2017, l'OAI a suspendu à titre préprovisionnel la rente d'invalidité allouée au demandeur avec effet au 31 août 2017. Cette décision a été annulée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud par arrêt du 2 octobre 2017, cette autorité ayant ordonné la reprise du versement de la rente dès le 1^{er} septembre 2017.

25. Dans leur échange d'écritures ultérieur auprès de la chambre patrimoniale, les parties ont maintenu leurs conclusions.

Lors de l'audience d'instruction du 25 janvier 2019, six témoins ont été entendus à la demande de l'appelante, dont notamment [...], employée de commerce et déléguée de direction, sur les allégués 135 à 142 de la réponse, et [...], employé d'assurance, sur les allégués 39 et 81 à 83, tous deux employés de l'appelante.

26. Au cours de toutes ces années, l'appelant a tenté plusieurs traitements qui sont restés vains.

27.

27.1 Une expertise judiciaire a été mise en œuvre au cours de la présente procédure.

Le 29 novembre 2019, les experts judiciaires, Drs Lukas Sveikata et André Truffert, respectivement médecin interne et médecin adjoint agrégé auprès du Service de neurologie des HUG, ont déposé leur rapport, dont il ressort les constatations et les conclusions suivantes :

« [...]

SYNTHESE ET DISCUSSION

Monsieur R. _____ est une personne de 59 ans, qui a subi un violent accident de la voie publique en janvier 2001, cause d'une fracture du sacrum en H, fracture du cotyle droit, fracture de l'omoplate droite, fracture-tassement du mur antérieur de la vertèbre L1. La fracture du sacrum a été cause d'une hypoesthésie et hyperalgésie des territoires des nerfs latéro-cutanés, génito-fémoraux et ilio-inguinaux et du bassin du côté droit, affectant les dermatomes L2 à S5 à droite, que nous constatons encore à ce jour.

Depuis lors, il souffre de douleurs neurogènes très importantes, séquellaires d'atteinte des racines lombo-sacrées au niveau L2-S5 à droite secondaires aux traumatismes subis pendant l'accident. L'atteinte des racines L2-S1 a été confirmée à plusieurs reprises par un examen de conduction des nerfs (électroneuromyographie) et l'atteinte de trous des racines S2-S4 a été objectivée à l'IRM du sacrum. Il faut ajouter que les douleurs ressenties par le patient remplissent les critères de douleur neurogène (6/10 points selon l'échelle DN4).

Il est bien connu que le traitement des douleurs neurogènes est difficile avec mauvaise réponse fréquente aux thérapies conventionnelles. Ceci devient encore plus difficile lorsque les douleurs se chronicisent. Le patient a essayé plusieurs molécules antalgiques sans effet satisfaisant et a souvent souffert des effets secondaires de ces traitements (constipation liée aux morphiniques, vertiges et somnolence après Pregabalin). Une tentative de traitement expérimental par stimulation médullaire en novembre 2004 durant 3 semaines n'a pas non plus soulagé les douleurs de manière satisfaisante. Cependant, cette approche de type électrothérapeutique a été l'unique tentative de ce type, et dans notre expérience, l'absence d'efficacité rapportée sur une aussi courte durée n'est pas suffisante pour affirmer un véritable échec ; d'autres tentatives dans ce sens mériteraient encore d'être proposées, comme une stimulation nerveuse percutanée [...], qui, chez certains patients que nous avons eu l'occasion de prendre en charge ont prouvé leur efficacité dans le traitement des douleurs neurogènes réfractaires [...].

Il faut en outre souligner que la perception de douleurs neurogènes est un phénomène subjectif et très difficile à quantifier. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'évolution des douleurs au fil des années chez Monsieur R. _____, néanmoins nous avons objectivé à plusieurs reprises lors de nos consultations neurologiques et psychiatriques que Monsieur R. _____ est très gêné par les douleurs ressenties. Il est obligé d'interrompre le cours de la consultation, doit changer de position et s'allonger en attendant l'amélioration.

Nous avons observé à plusieurs reprises au cours de nos consultations une attitude résignée de l'expertisé par rapport à sa situation somatique : il semble en effet avoir abandonné tout espoir de résolution de ses symptômes par une aide médicale. Il s'est accommodé à cette idée et a adapté son mode de vie en conséquence, en planifiant ses activités en fonction des limitations par les douleurs qu'il anticipe. Il est important aussi de souligner une impression de discordance entre les manifestations douloureuses et l'atteinte organique objectivable. L'expertisé présente une tendance de ne pas exprimer ses émotions, ce qui l'amène à exprimer ses difficultés par le corps, une situation elle-même anxiogène qui engendre un cercle vicieux d'anxiété et trouble algique.

Au total, nous considérons que le patient présente un trouble sensitif et des douleurs neurogènes directement liés à des lésions de cisaillement des racines lombo-sacrées L2 à S5 droites, lors d'un traumatisme sacré et de la hanche droite en 2001. Cette symptomatologie chronique serait amplifiée par une composante de trouble à symptomatologie somatique (cf. sous-expertise psychiatrique pages 11-13). A ce trouble se surajoute des excès irrépressibles de sommeil diurne.

Au total, nous concluons aux diagnostics suivants :

- troubles sensitifs et douleurs neurogènes invalidants sur lésions traumatiques des racines lombo-sacrées L2 - S5 droites,
- déficit moteur des membres inférieurs consécutif aux douleurs (impotence motrice « algogène »),
- trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante (F45.1 selon DSM-V),
- trouble cognitif léger de type exécutif dans un contexte algique.

La totalité de la situation clinique ainsi que les douleurs invalidantes n'est pas compatible avec une activité de pharmacien responsable, sachant que cela implique souvent de rester debout pendant des périodes prolongées, ou encore de se déplacer et de déplacer les objets.

En conclusion, nous retenons un taux de perte d'intégrité fonctionnelle de 75% (cf. réponse à l'allégué N° 269). L'exercice de la profession de pharmacien responsable n'est pas envisageable. Toutefois, le patient pourrait assurer un taux d'activité de 25% dans des conditions adaptées (sur la base d'une durée hebdomadaire légale de 40 heures) :

- travail uniquement dans les heures du matin,
- au maximum 2 heures de travail par jour de manière fragmentée,
- possibilité de changer de position, de s'allonger et de se reposer si nécessaire sur le lieu du travail.

REPONSES AUX QUESTIONS

Concernant les réponses aux allégués demandés :

Allégué N° 269 : « Le taux fixé par le Dr [...] pour l'atteinte neurologique et ses séquelles douloureuses, de 30%, est-il trop bas » ?

Réponse : oui, ce taux est trop bas, en raison de séquelles neurologiques sous forme de douleurs neuropathiques chroniques, ayant des conséquences directes : trouble de la marche par boiterie antalgique, et indirectes : troubles du sommeil, troubles de la concentration, fatigue chronique, trouble [sic] cognitifs sous la forme de troubles exécutifs et troubles digestifs consécutifs aux effets secondaires des traitements médicamenteux.

Selon « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA » :

- atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration - 20 %,
- troubles digestifs, troubles du sommeil liés aux douleurs - 15%,
- trouble sensitif et moteur lié à une atteinte des racines L2-S5 (équivalent au syndrome de la queue de cheval partiel) - 40%
- trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante avec accès irrépressibles de sommeil diurne profond, quotidiens, d'origine indéterminée - non évaluables selon ces tableaux.

Allégué N°270 : « Le risque élevé de coxarthrose à droite et d'omarthrose à droite à long terme relevé par les experts de [...] existe-t-il effectivement » ?

Réponse : en tenant compte des informations des radiographies ainsi que CT du bassin et omoplates effectués en février, mars et aout [sic] 2001, on constate un risque élevé d'une arthrose à longue [sic] terme de la hanche droite. Ceci est basé sur le fait que la fracture a touché la zone de charge de l'articulation et de la présence du matériel de l'ostéosynthèse à la proximité de l'articulation. Pour l'omoplate comme il était mentionnée [sic] dans les rapports orthopédiques précédents, la fracture est bien consolidée et la fissure n'a pas touché l'articulation de l'épaule, donc nous considérons que le risque d'omarthrose n'est pas plus élevé que dans la population générale.

Allégué N°271 : « L'évolution psychique désastreuse depuis 2009, avec diagnostic de stress post-traumatique, refoulé dans un premier temps, justifie également un pourcentage non négligeable de capital invalidité, pourcentage fixé à dire d'expert » ?

Réponse : notre sous-expertise psychiatrique ne retient pas de diagnostic de trouble de stress post-traumatique simple (cf. rapport de sous-expertise psychiatrique). Toutefois, il faut noter une

présence de trouble [sic] à symptomatologie somatique avec douleur prédominante, qui participent à une accentuation de ressenti subjectif de douleurs invalidantes. Ceci à notre avis participe de manière significative à une perte d'intégrité fonctionnelle de Monsieur R._____.

Allégué N°272 : « Les autres atteintes, de la sphère urogénitale, du sommeil, de la digestion, de la somnolence brutale, mentionnées par le Dr [...] dans son expertise du 29 décembre 2009, existent réellement et seront quantifiées à dire d'expert » ?

Réponse : oui, ces atteintes sont réelles et le patient souffre beaucoup des affections de la sphère urogénitale, de la digestion, de la somnolence brutale : ce sont en partie les conséquences indirectes du trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante et à la fois iatrogène lié avec médicaments opiacés, qui peuvent être quantifiées à 75% du total de l'invalidité du patient.

Allégué N°279 : « L'addition des diverses atteintes dont le demandeur souffre aujourd'hui encore dépasse le 100% » ?

Réponse : l'addition de ces diverses atteintes est égale à 75%, tenant en compte les douleurs neuropathiques invalidantes, du trouble sensitif, des difficultés de déplacement et de l'impossibilité d'effectuer une tâche mentale et/ou mécanique prolongé [sic] à cause d'anticipation de douleurs et de douleurs elles-mêmes. [...] ».

Afin de répondre à l'allégué 271, les experts se sont adjoints le concours de la Dre Lamyae Benzakour (ci-après : la sous-experte), médecin adjointe auprès du Service de psychiatrie, de liaison et d'intervention de crise des HUG, dont le rapport a été joint à l'expertise judiciaire principale.

Les passages suivants sont extraits de son rapport, joint à l'expertise principale :

« [...]

[...] il nous est demandé de répondre à la question posée suivante :

Allégué N°271 : « L'évolution psychique désastreuse depuis 2009, avec diagnostic de stress post-traumatique, refoulé dans un premier temps, justifie également un pourcentage non négligeable de capital invalidité, pourcentage fixé à dire d'expert » ?

[...]

- Traitement(s) suivi(s) à ce jour y compris médicamenteux [...]

- Il bénéficie de séances individuelles bi-annuelles et de séances bimensuelles de thérapie groupale pour les sujets douloureux chroniques d'abord auprès du Dr [...], médecin-psychiatre, puis par le Dr [...], médecin anesthésiste et son équipe de psychologues, depuis 2016. Il dit apprécier le groupe car il peut « se lâcher » : il dit souffrir du jugement des autres en-dehors de ce cadre et enfin pouvoir s'exprimer sans filtre.

- Le traitement psychotrope actuel est le suivant

- Traitement hypnotique (1/2 cp de stilnox) pris de manière séquentielle de puis [sic] 2001 pendant des périodes de 10j

- Il bénéficie d'un traitement antalgique depuis l'accident en 2001 avec de nombreuses adaptations devant l'inefficacité et/ou la mauvaise tolérance de traitements [sic] qui ne sont pas détaillés ici. Son dernier traitement antalgique est le suivant :

- Tramal entre 10 et 200 mg/j

- Ropan gel

- Ponstan

- Dafalgan

- Il bénéficie d'un traitement anti-hypertenseur depuis 20 ans par Covalsatran

- Il bénéficie d'approches non pharmacologiques à visée antalgique :

- Ostéopathie toutes les 4 à 5 semaines

- Physiothérapie

- Auto-hypnose

- Hypnose

- Perception de l'avenir, en général et en lien avec une activité professionnelle ou avec la réadaptation professionnelle

- Il ne s'imagine pas pouvoir être en capacité physique de reprendre une activité professionnelle, compte tenu de la persistance de ses douleurs malgré plusieurs lignes de traitement entreprises, dont certaines invasives comme la stimulation médullaire et intrathécale. Il exprime une souffrance en rapport avec l'absence de perspective de reprise de travail mais se dit résigné.

- Entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert :

Il signale, à juste titre, que la natation repose sur la maîtrise du souffle. Pour autant, il ne dit pas être gêné par la douleur quand il nage tout en affirmant que la douleur est continue et qu'elle lui « coupe le souffle ». Au cours de l'entretien, l'expertisé présente des accès douloureux à l'occasion desquels il semble en effet être en apnée. En interpellant l'expertisé quant à cette apparente incohérence, il insiste sur la faible distance parcourue en nageant.

J'en déduis qu'il existe un fond douloureux permanent qui est compatible avec une bonne respiration et donc la nage mais qu'il a le souffle coupé à l'occasion des pics douloureux qui ne surviendraient pas le plus souvent pendant ces brefs temps de nage.

4. Constatations

4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure

[...]

L'expertisé a montré un très bon niveau de coopération. Il ne montrait pas de signes de stress. En revanche, les 45 premières minutes d'entretien, alors que l'entretien se déroulait dans un bureau d'entretien en position assise, il se levait à intervalles réguliers pendant quelques minutes. Puis, il a fallu nous interrompre devant une crise hyperalgique devant laquelle il s'est d'abord levé puis a demandé à être allongé. Je l'ai conduit aux urgences où il a pu être allongé sur un brancard plusieurs heures avant de rentrer chez lui.

Les entretiens suivants ont été organisés pendant [sic] cette raison dans une chambre d'hôpital et le patient a pu rester allongé, ce qui a permis de poursuivre l'entretien sans interruption. J'ai pu néanmoins noter que le patient changeait régulièrement de position et qu'il présentait des rictus douloureux.

[...]

4.3 Constatations lors de l'examen / Constats somatiques / Constats psychiatriques

Je n'ai pas réalisé d'examen somatique. Au cours des différents entretiens, j'ai néanmoins noté régulièrement des manifestations douloureuses aiguës qui se manifestaient par des rictus douloureux du visage et l'émission de cris brefs.

A l'évaluation psychiatrique, on met en évidence un contact de bonne qualité. La thymie est neutre. Je ne note pas de perte de plaisir ni de motivation. Je ne note pas d'anxiété. Les affects sont mobilisables : on note des pleurs à l'évocation de souvenirs chargés d'émotion (témoignage de reconnaissance d'un patient de la pharmacie, plusieurs années après son accident et l'interruption de son activité professionnelle, qui lui a dit qu'il lui avait « sauvé la vie », visite de sa fille de 2 ans à l'hôpital qui s'est mise à courir en le voyant marcher). Il rapporte dans le passé une période de grande labilité émotionnelle alors qu'il se trouvait hospitalisé au [...] dans les suites de son accident, avec une difficulté à se reconnaître. Je ne retrouve néanmoins pas d'arguments en faveur d'un diagnostic rétrospectif, ni d'épisode dépressif caractérisé, ni de trouble de stress post-traumatique, ni en lui posant des questions actuellement

ni en explorant les documents et sources d'information de l'expertise.

Les réponses aux questions sont adaptées et précises. On ne note pas de troubles de l'attention ni de la concentration ni de troubles de la mémoire francs pendant les entretiens. L'expertisé se plaint d'oublis de rendez-vous et dit s'astreindre à les noter pour les assurer. On ne note pas de troubles du cours de la pensée. On ne retrouve pas actuellement de symptômes de reviviscences en lien avec l'accident, notamment, on ne retrouve pas de flash-backs ni de cauchemars post-traumatiques. On ne note pas de conduites d'évitement. Il se plaint d'une fatigabilité très importante. Le discours est cohérent et adapté. Les entretiens sont ponctués de décharges douloureuses, que l'on note en particulier quand nous évoquons des sujets associés à une charge émotionnelle (Conflits avec l'assurance, sa situation financière, son divorce...)

Quant au sommeil, on note que Monsieur R. _____ ne présente pas de troubles de l'endormissement mais rapporte des réveils nocturnes en lien avec les douleurs physiques et serait en décalage de phase dans le sens d'une avance de phase : dort de 20h30 jusqu'à 23h30, se réveille puis se rendort à partir de minuit-1h jusqu'à 5h30. Il rapporte par ailleurs des temps de sommeil diurne quotidiens : décrit des tranches de 1h pouvant aller jusqu'à 4 heures par jour. Il dit être libéré de toute douleur physique pendant cette phase de sommeil diurne. Ce sommeil diurne, que Monsieur R. _____ qualifie de « comas », se serait installé depuis son accident en 2001. [...]

On ne note pas de symptômes délirants ni d'hallucinations. [...]

5. Informations éventuelles fournies par des tiers (y c. médecins traitants)

Entretien téléphonique avec le Dr [...] [sic] (30 minutes)

Il dit avoir pris en charge M. R. _____ dans le cadre de la consultation douleur à la clinique [...] [sic] de 2001 à 2016. Il dit de l'expertisé qu'il le perçoit comme étant à « plusieurs étages », dans le sens où il cumule des aspects cliniques s'inscrivant dans plusieurs diagnostics. Il évoque ainsi des éléments de personnalité narcissique mais également hystérique, qui selon lui, préexistaient à son accident. Il évoque son « enfance terrifiante » avec un père « pris par son travail et une mère insatisfaite, dure et très froide », et comprend sa tendance au détachement émotionnel comme une conséquence de traumatismes répétés. [...] Il dit s'interroger sur une dimension d'équivalent suicidaire associée à l'accident, rappelant que l'accident est survenu dans la période de séparation de sa femme. [...] Pour autant, rien n'indique dans le déroulement de l'accident, ni dans l'anamnèse de l'expertisé, une quelconque intentionnalité suicidaire.

6. Diagnostics

□ Diagnostics à discuter

o Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

□ On ne retrouve pas d'arguments en faveur d'un diagnostic rétrospectif de trouble de stress post-traumatique passé ni actuel conformément aux critères de la classification catégorielle de référence du DSM5 (F43.10). En effet, si l'accident valide le critère A, le premier critère nécessaire pour évoquer un TSPT, dans la mesure où lors de cet accident, il a eu peur de mourir, il manque la validation de certains des autres critères.

□ En effet, il manque le critère B, qui correspond aux symptômes intrusifs qui se traduisent par le fait de revivre l'événement sous forme de souvenirs, de cauchemars ou de réactions physiologiques à l'évocation de l'événement traumatique, l'expertisé présentant au contraire davantage un détachement émotionnel.

□ Il manque également le critère C, qui correspond aux symptômes d'évitement en lien avec l'accident : en effet, je ne note pas, chez l'expertisé, de difficulté à s'exposer à des situations pouvant être associées à son accident, comme la conduite automobile, la vision de véhicules... Il a en effet repris la conduite automobile dès que son état physique le lui a permis, bien que cette conduite automobile soit limitée quant à sa durée qui ne doit pas excéder 30 minutes, du fait d'une crainte de s'endormir au volant et d'avoir des crises hyperalgiques.

□ Le critère D, correspondant aux altérations négatives des cognitions et de l'humeur, n'est pas retrouvé.

□ Le critère E relatif aux altérations persistantes d'activation neurovégétative, est retrouvé en partie, dans la mesure où on [sic] l'expertisé présente un sommeil très perturbé par plusieurs réveils nocturnes et des troubles de la concentration.

□ Dans le cadre de cette sous-expertise, je ne peux donc pas retenir un diagnostic de trouble de stress post-traumatique. Cette conclusion va à l'encontre de celle du Dr [...] [sic], qui a soutenu la présence d'un trouble de stress post-traumatique chez l'expertisé.

□ Si nous ne retenons pas de trouble de stress post-traumatique, nous pourrions discuter, dans le cas de Monsieur R. _____ de l'hypothèse d'un mécanisme de résilience, [...] qui désigne la capacité à tirer une force des événements traumatiques. Néanmoins, il ne semble pas s'agir d'un phénomène de résilience dans le cas de l'expertisé, une part de lui pouvant reconnaître que « son monde a basculé » dans les suites de l'accident et que ce « nouveau monde est frustrant, fatigant, douloureux... insupportable parfois. » Dans le cas de la résilience, l'expertisé n'exprimerait pas cette souffrance.

o Trouble à symptomatologie somatique

□ Le trouble à symptomatologie somatique est caractérisé dans le DSM5 (F45.1) par la présence de symptômes évocateurs d'une maladie ou d'une blessure physique, mais qui ne peut être entièrement être [sic] expliqués par une affection médicale générale, un autre trouble mental, ou par des effets secondaires de médicaments ou de substances. Les symptômes entraînent une grande détresse ou d'importantes perturbations de la capacité à fonctionner dans la vie quotidienne.

□ Ainsi, bien qu'il y ait un substratum organique associé à ces douleurs chez l'expertisé, l'intensité des manifestations douloureuses pourrait, au moins en partie, s'expliquer par un trouble à symptomatologie somatique dont souffrirait l'expertisé. Il est en effet à rappeler que dans la dernière version du DSM, la présence d'une affection médicale n'exclut pas ce diagnostic. Cette hypothèse suppose un décalage, en partie, entre les manifestations douloureuses et l'objectivation des lésions résiduelles nerveuses secondaires à l'accident de 2001, ce que les experts neurologues, le Dr Sveikata et le Dr Truffert confirment aussi.

□ Si les lésions des fibres nerveuses ne peuvent pas expliquer totalement l'intensité et le retentissement des douleurs, on peut alors retenir le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique. On retrouve bien les critères du trouble à symptomatologie somatique.

□ Parmi les critères diagnostiques du trouble à symptomatologie somatique, ceux présentés par l'expertisé sont indiqués en gras :

A. Un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne (critère rempli par l'expertisé du fait de la présence de douleurs et d'accès de sommeil diurne irrépressibles quotidiens)

B. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :

1. Réflexions disproportionnées et persistantes sur la gravité des symptômes (critère rempli par l'expertisé dans le sens où les douleurs physiques ont un retentissement majeur sur la vie quotidienne de l'expertisé qui présente une vigilance permanente sur ses gestes et postures afin de prévenir des crises hyperlagiques [sic], et qu'il est restreint dans ses déplacements comme dans ses activités, qu'il n'a pas pu voyager depuis son accident).

2. Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes (critère non rempli par l'expertisé qui a adapté son mode de vie aux crises douloureuses et aux accès de sommeil diurne sans manifester d'anxiété)

3. Temps et énergie excessifs consacrés à ces symptômes ou problèmes de santé (critère rempli par l'expertisé dans la mesure où les douleurs comme les accès de sommeil sont présents une grande partie de la journée).

C. Bien qu'un symptôme somatique puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (critère rempli par l'expertisé dans la mesure où même en l'absence de symptômes somatiques expliquant les accès de sommeil diurne, l'expertisé en souffre depuis son accident, soit depuis plus de 6 mois)

□ Le trouble est chronique car l'évolution est marquée par des symptômes sévères, le handicap et une durée prolongée de plus de 6 mois

□ La sévérité est grave compte tenu de la présence de deux symptômes spécifiés au critère B et sont associés à des plaintes somatiques multiples et sévères (douleurs physiques et accès de sommeil diurne irrépressibles).

—> L'ensemble de ces symptômes permet de retenir un diagnostic de trouble chronique à symptomatologie somatique avec douleur prédominante de sévérité grave.

□ Ce qui est frappant dans l'évaluation de l'expertisé, c'est cette impression, que malgré la très grande gravité et la sévérité des conséquences de l'accident survenu en 2001, on ne retrouve pas d'expression manifeste de détresse psychique à son évocation, ni actuellement, ni dans les premiers temps qui ont suivi l'accident, et que ce sont les manifestations douloureuses physiques, de même que ces accès de sommeil diurne irrépressibles qui sont au premier plan. Je note ainsi que [sic], lors du récit de l'accident, l'absence d'activation émotionnelle particulière, et que l'expression de la détresse ressentie apparaît comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre, sans qu'elle soit incarnée. Je note ainsi une impression de détachement émotionnel vis-à-vis de l'accident bien que l'expertisé puisse le décrire comme un événement traumatique d'une importante gravité à l'occasion duquel il a eu peur de mourir. On retrouve rétrospectivement des arguments en faveur d'une dissociation péritraumatique, c'est-à-dire un processus de déconnexion du sujet de ses émotions pendant le traumatisme qui lui a permis de faire face. Il a en effet semblé s'être comporté en mode automatique, et a pu ainsi calmement prévenir les secours mais également sa femme pour l'informer de la situation. La dissociation est un mécanisme inconscient par lequel le sujet se protège d'émotions trop fortes. [...]

□ Cette observation relative au détachement émotionnel est corroborée par les informations transmises par le Dr [...] [sic] qui dit avoir également été étonné, pendant son suivi, qui a duré plusieurs années jusqu'en 2016, de noter aussi peu d'expression émotionnelle chez l'expertisé, non seulement dans le contexte de l'accident de

voiture mais également dans d'autres situations de vie, suggérant un type de fonctionnement particulier. Ce détachement émotionnel peut suggérer un mécanisme de dissociation qui peut s'observer chez des personnes qui ont été exposées de manière répétée ou prolongée à des traumatismes dans l'enfance, que l'on qualifie de traumatisme complexe [...].

□ Dans l'anamnèse, sont notés de potentiels traumatismes infantiles de type négligence émotionnelle et abus émotionnels, qui pourraient correspondre à ces traumatismes répétés.

□ Or, l'une des caractéristiques des sujets qui ont souffert de traumatismes complexes est de présenter des troubles de type somatisation.

□ J'émet l'hypothèse, qu'en réponse à cette négligence voire à ces abus émotionnels précoces, que Monsieur R. _____ aurait appris à réprimer ses émotions, plutôt qu'à les exprimer, car non seulement elles n'étaient pas reconnues mais elles étaient perçues négativement par sa mère. Or, l'installation de ce mécanisme d'auto-censure émotionnelle peut favoriser l'installation d'un trouble à symptomatologie somatique, les symptômes somatiques constituant le mode d'expression d'une souffrance en rapport avec des traumatismes. L'accident serait ainsi venu s'ajouter à d'autres antécédents traumatiques. Chez l'expertisé, cela expliquerait pourquoi il a pu faire preuve de beaucoup de calme et de maîtrise en apparence pendant l'accident et dans ses suites la majorité du temps.

o Épisode dépressif caractérisé

□ On note que l'expertisé exprime qu'il n'a pas de projets de vie, et qu'il s'interroge quant à son devenir, « une fois que les enfants n'auront plus besoin de lui ».

□ Il se plaint d'une fatigue permanente.

[...]

□ À l'évaluation clinique, on ne retient pas de critères diagnostiques pour un épisode dépressif caractérisé. Il ne présente ni une humeur dépressive ni une perte d'intérêt, sachant que l'un de ces deux symptômes doit être obligatoirement validé pour évoquer un épisode dépressif caractérisé conformément au DSM5. Je note qu'il parvient, malgré la pénibilité de ses douleurs physiques, à se mobiliser et à maintenir une activité régulière. Il a du plaisir et de l'intérêt dans certaines activités. Il ne présente pas de sentiment de nullité ni de culpabilité. Il ne présente pas d'idées suicidaires. Il se plaint en revanche de troubles de la concentration et de troubles du sommeil tels qu'ils ont été décrits plus haut.

□ S'il ne présente pas actuellement d'épisode dépressif caractérisé ni de symptomatologie dépressive réactionnelle, je note néanmoins qu'il aurait présenté rétrospectivement une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à son accident pendant la période où il se

trouvait hospitalisé et qu'il était immobilisé, et que cette symptomatologie s'est amendée dès lors qu'il a recouvré la marche. Il présentait pendant cette période une détresse psychique importante avec des pleurs faciles, et disait ne pas se reconnaître.

7. Évaluation médicale et médico-assurantielle

[...]

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

[...]

J'ai noté une limitation uniforme du niveau des activités qui apparaît toujours en lien avec des douleurs physiques en rapport avec les séquelles physiques de son accident de 2001. Ces douleurs physiques apparaissent comme très invalidantes et sont à l'origine d'un trouble à symptomatologie somatique.

Je note des divergences de conclusion quant au diagnostic entre le rapport médical du Dr [...] qui soutient la présence d'un diagnostic de trouble de stress post-traumatique, celle du dossier d'expertise de [...] comme la mienne ne la soutenant pas.

En revanche, je confirme la présence d'un trouble à symptomatologie symptomatique que soutenait le Dr [...] sous l'appellation de trouble douloureux somatoforme, se référant à la terminologie de la précédente version de la classification des maladies mentales (le DSM-IVTR) qui a changé dans la nouvelle version (le DSM5).

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

[...]

Les douleurs physiques permanentes, émaillées de pics hyperlagiques, ainsi que les accès de sommeil diurne décrits par le patient sont très invalidantes [sic] et limitent les activités de loisirs du patient comme elles empêchent la reprise d'une activité professionnelle.

8. Réponses aux questions du mandant

[...]

8.4 Questions spécifiques de la chambre cantonale

En considérant que les lésions physiques objectives de l'expertisé ne peuvent pas expliquer totalement le retentissement douloureux, l'expertisé souffrirait d'un trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante d'origine post-traumatique qui justifie une capacité de travail nulle à son poste de pharmacien responsable et de 25%, à un poste de travail adapté comme décrit ci-dessus.

[...] ».

Par prononcé du 6 mai 2020, le juge délégué de la chambre patrimoniale a arrêté le montant des honoraires dus aux experts, respectivement au sous-expert, pour leurs rapports à 10'437 fr. 50 et à 8'907 fr. 30.

27.2 Le 28 septembre 2020, les experts judiciaires et la sous-experte ont déposé un rapport complémentaire, ordonné par le juge délégué de la chambre patrimoniale à la suite de la requête de l'appelante. Cette dernière leur avait reproché de ne pas avoir suffisamment tenu compte des avis précédents.

Il ressort du rapport complémentaire ce qui suit :

« [...]

Veillez trouver ci-dessous une synthèse de nos réponses aux questions de Maître Buffat, qui s'appuient sur les analyses détaillées de toutes les expertises précédentes figurant en annexe dans deux documents : (1) réponses complémentaires des experts neurologues (Drs Sveikata et Truffert) et (2) réponses complémentaires de notre collègue sous-expert psychiatre, la Dre Benzakour.

[...] Dans son courrier du 05.06.2020 adressé à la chambre patrimoniale cantonale, Maître Buffat nous reproche de ne pas avoir suffisamment tenu compte des avis des experts précédents. Or, le mandat qui nous avait été confié ne mentionnait pas explicitement cette demande de travail critique. En outre, les pièces nécessaires à un tel travail ne nous avaient pas toutes été intégralement transmises puisque seuls des extraits des conclusions des précédents experts figuraient (pour certaines d'entre elles) dans le dossier en notre possession.

En reprenant ce long dossier qui débute en 2001 avec plusieurs expertises et contre-expertises contradictoires, nous avons donc délibérément choisi d'adopter une approche neutre et distanciée, afin d'avoir une appréciation la plus indépendante possible de l'état neurologique et psychiatrique actuel de l'assuré.

En résumé, suite à un accident de la route en 2001, le patient expertisé souffre au premier plan de douleurs neuropathiques chroniques invalidantes de la région pelvienne et de troubles de la sensibilité de cette même région ainsi que de la jambe droite, séquellaires de lésions traumatiques axonales des racines sacrées, limitant ses déplacements et sa capacité de travail comme pharmacien.

Nous concluons que ce syndrome douloureux chronique et complexe est à classer au plan nosologique comme **trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante** (selon le DSM-5). Nous admettons une certaine discordance entre les douleurs rapportées par le patient (subjectives) et les constatations [sic] pouvant être faites au plan

somatique (objectives). Toutefois, nous soulignons les limites connues que rencontrent de manière constante soignants ou experts dans l'évaluation de ce type de douleurs, ces dernières étant connues pour susciter de forts biais entre les évaluateurs (« inter-rater variability »).

De plus le patient expertisé souffre d'accès de somnolence diurne pour lesquels nous n'avons pas d'explication simple. Ceux-ci peuvent être liés (1) à une modulation des neurotransmetteurs de la douleur au niveau du système nerveux central (circuits thalamo-corticaux) ; (2) à l'effet direct des opiacés sur le système nerveux central et (3) à une modalité particulière d'expression du syndrome douloureux somatoforme. Il n'y a en revanche pas d'arguments anamnestiques pour évoquer des séquelles traumatiques directes puisqu'il n'y a eu aucun traumatisme crânien, ni lors de l'accident de 2001, ni lors de la chute dans les escaliers de 2003. Il n'y a pas non plus d'arguments pour une narcolepsie ou une épilepsie.

Enfin, en lien avec les douleurs chroniques, le patient expertisé souffre (1) d'un trouble digestif à type de constipation et (2) d'un trouble neurocognitif léger sous forme d'un trouble de la concentration et d'un trouble dysexécutif léger.

L'ensemble de ces éléments nous amène à confirmer notre estimation initiale d'une atteinte à l'intégrité de 75% selon une adaptation personnalisée au patient des échelles « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA » (dans la mesure où celles-ci sont applicables) (p. 20 notre expertise neurologique) :

- trouble sensitif et moteur lié à une atteinte des racines L2-S5, avec douleurs intenses (équivalent au syndrome de la queue de cheval partiel) - 40 % [...],
- atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration - 20 % [...],
- troubles digestifs (5%), troubles du sommeil liés aux douleurs (10%) [...],
- trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante - non évaluable selon ces tableaux.

Nous estimons qu'une reprise du travail comme pharmacien dans les conditions adaptées pourrait se faire à 25% (cf. expertise neurologique p. 19)

[...] ».

Les experts judiciaires et la sous-experte ont discuté, de manière circonstanciée, les rapports précédents, dont celui de la [...] de [...], afin de répondre aux questions de l'appelante.

Les passages suivants sont extraits de l'annexe 1 (« réponses complémentaires partie neurologique ») jointe audit rapport complémentaire :

« [...] »

Question 2 : Le Dr Sveikata admet un taux de 40% pour le trouble sensitif et moteur équivalent un syndrome de la queue de cheval partiel. Cette appréciation n'est pas motivée. L'expert n'indique pas en quoi les appréciations du Dr [...] confortées par les experts de [...] et même jugées légèrement trop élevées par le contre-expert [...] [...] ne retenaient qu'un taux de 25% pour un hémisyndrome de la queue de cheval.

Réponse 2 : la stricte application des échelles d'évaluation de la LAA par les Dr [...] et les experts de [...] n'est pas adaptée au cas particulier du patient et il convient de rajouter au pourcentage d'atteinte à l'intégrité au sens anatomique (hémisyndrome de la queue de cheval) un pourcentage d'atteinte à l'intégrité au sens fonctionnel, en rapport avec l'intensité du syndrome douloureux chronique. Il importe ici de souligner les biais d'évaluation par les soignants de la douleur en tant qu'expérience individuelle. La douleur est en effet un phénomène difficilement quantifiable ou mesurable par les soignants notamment la douleur chronique sans lésion externe apparente[...].

Les expertises précédentes, notamment celle du Dr [...] et l'expertise interdisciplinaire de la [...], retenaient une atteinte à l'intégrité à hauteur de 30%. Dans leurs conclusions, le Dr [...], Dr [...] et [...] n'incluent pas le caractère hyperalgique de l'atteinte nerveuse qui gêne le patient de manière catastrophique dans son quotidien.

Les douleurs neuropathiques avec accès algiques très intenses sont assimilables selon nos conclusions fait [sic] en consensus avec notre collègue sous-expert psychiatre Dre Benzakour, à un trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante (selon le DSM-5). Notre collègue sous-expert Dre Benzakour ne retient pas de diagnostic de stress post-traumatique contrairement au Dr [...] (cf. analyse détaillé [sic] dans la partie psychiatrique de notre réponse).

Finalement, de manière secondaire aux douleurs l'assuré souffre d'autre phénomènes collatéraux, notamment (1) d'une somnolence diurne irrépressible d'un (2) trouble digestif sur [sic] la forme de constipation, résultant directement des effets secondaires de traitement [sic] opiacés et indirectement de l'atteinte des racines sacrées (inhibition du transit par la douleur neuropathique pelvienne) (2) (sic) trouble de la concentration et trouble dysexécutif léger compatible dans un contexte de syndrome douloureux chronique.

L'ensemble de ces éléments nous amène à confirmer notre estimation initiale d'une atteinte à l'intégrité de 75 % selon une adaptation personnalisée au patient des échelles « Indemnisation

des atteintes à l'intégrité selon la LAA » (dans la mesure où celles-ci sont applicables) (p. 20 notre expertise neurologique) :

- trouble sensitif et moteur lié à une atteinte des racines L2-S5, avec douleurs intenses (équivalent au syndrome de la queue de cheval partiel) – 40 %[...],
- atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration – 20 %[...],
- troubles digestifs (5%), troubles du sommeil liés aux douleurs (10%)[...],
- trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante – non évaluable selon ces tableaux.

Analyse critique : « Le maintien d'une aussi bonne musculature du membre inférieur droit n'est pas compatible avec les plaintes et la marche avec des cannes depuis plus de quinze ans, qui aurait dû clairement entraîner une atrophie de non-utilisation du membre inférieur droit et une importante inégalité d'usure de la chaussure vu l'appui préférentiel à gauche et non à droite » (expertise orthopédique du Dr [...] du 28.07.2016, p. 12). Cette observation contredit celle notée par l'expertise thérapeutique de [...], qui conclut à une usure des semelles compatible avec le trouble de la marche observé. L'asymétrie des membres n'est pas retrouvée dans cette expertise ni dans celle de [...] dans laquelle il est noté « que la circonférence au niveau des cuisses et des mollets diffère d'1 cm, ce qui est compris dans la marge d'erreur » (expertise orthopédique du Dr [...] du 5.06.2015, p. 26), mais elle est notée dans l'expertise du Dr [...] en défaveur du quadriceps droit, avec « 2 cm de différence au niveau de la circonférence des quadriceps » (expertise du 29.12.2009). En plus il note «...une hypotonie et un déficit d'innervation des muscles fessiers à droite. »

Nous avons pour notre part observé une différence de 1 cm en défaveur de la gauche. Ces variations suggèrent la possibilité d'une discrète amyotrophie de sous-utilisation, tantôt à gauche tantôt à droite, fluctuante au cours du temps, plutôt qu'une atteinte lésionnelle des racines motrices lombaires droites les plus hautes, dont l'atteinte serait donc surtout sensitive, à l'origine de douleurs neurogènes chroniques, lesquelles produisent une faiblesse d'origine algogène (induite par la douleur). Il existe bien, en revanche une atteinte motrice lésionnelle distale, se traduisant au niveau des muscles plantaires par des orteils en griffe à droite, un signe connu de dénervation chronique.

Un nouvel examen attentif de notre enregistrement vidéo de mai 2019 va dans le même sens : on retient une démarche essentiellement antalgique (discrète boiterie droite). Le patient décharge son bassin en marchant avec deux cannes anglaises. On note par ailleurs un minime steppage du pied droit, indiquant une atteinte de muscle tibial antérieur (racines L4, L5, S1) en plus d'atteinte sensitif [sic] sus-décrite. Ceci est également conforme à la description clinique de Dr [...] (p. 5 expertise de Dr [...]).

Dr [...], neurochirurgien dans son rapport du 23.1.2009 note une minime atrophie du membre inférieur droit et une meralgie paresthésique (douleur de la surface latérale de la cuisse) à la cuisse droite. Il note une atteinte lésionnelle des racines L5-S3, prédominante à droite, avec un syndrome de déafférentation grave. Nos propres conclusions sont semblables à celles de cet expert.

Nos conclusions sont aussi en ligne avec celles du Dr [...] du 29.12.2009, qui retient une atteinte à l'intégrité de 85%, et même de 100% si l'on considère les conséquences directes et indirectes des lésions neurologiques (p. 14, expertise du Dr [...] du 29.12.2009): « La perte fonctionnelle des extrémités inférieures permet de déterminer un handicap physique de 100 %. Atteinte du plexus lombo-sacré avec douleurs permanentes chroniques (atteinte à l'intégrité de 5 à 15 %), limitation fonctionnelle (5 à 20 %). Ce handicap peut être assimilé au syndrome de la queue de cheval. Ceci correspond à une atteinte à l'intégrité allant jusqu'à 50 %. Il en résulte une atteinte à l'intégrité de 85 % au maximum. Si on tient compte aussi des conséquences directes et indirectes de cette atteinte neurologique permanente aux conséquences centrales, comme déjà décrit, à caractère neurochimique avec hypersomnie, troubles attentionnels, on obtient pratiquement une perte de l'intégrité de l'ordre de 100%. »

Le Dr [...] [sic] décrit de très intenses douleurs « dans la charnière lombo-sacré et une ligne rejoignant le pli inter-fessier jusqu'au coccyx ; il parle de ... « un fil de fer barbelé ». Ceci est également noté par neurochirurgien Dr [...] dans son rapport daté 23.1.2009 et expertise neurologique du Dr [...] (p. 8 de l'expertise du Dr [...] du 26.07.2016). Dr [...] note que « seule la position couchée sur le dos soulage en partie la douleur. »

La symptomatologie du tableau clinique (zones de l'hypoesthésie et de l'hypersensibilité, description de douleur) de l'assuré est concordante sur plusieurs années d'évaluations. Il s'agit d'un argument important de la fiabilité et objectivité des symptômes ressenti par l'assuré, qui n'ont pas changé l'aspect depuis au moins 15 ans.

L'atteinte à la capacité de travail de l'assuré est fondée sur un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans les manifestations de la vie ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements).

Une des critiques de l'expertise neurologique du Dr [...] du 17.08.2015 était la discordance apparente entre les déclarations du patient affirmant souffrir de « douleurs épouvantables », et le fait qu'il continue de pratiquer la natation : « il n'est pas imaginable qu'il puisse aller régulièrement nager en vue de faire de l'exercice physique et qu'il se sente capable de conduire un véhicule en plein trafic. » Cependant, il faut selon nous considérer que la pratique

résiduelle de la natation 1-2x/semaine jusqu'à 500 m en piscine, avec zone de confort très réduite représente pour le patient expertisé une réduction considérable de ses habitudes d'exercice physique. En effet, avant l'accident son niveau sportif était bien supérieur, avec plusieurs km de natation 3x/semaine, pratique de la planche à voile, du ski alpin, de la plongée sous-marine, de la raquette à neige et du squash. Il a dû renoncer à toutes ces activités, sauf la natation sur distance réduite. M. R. _____ n'a jamais osé se lancer dans de nouvelles activités par peur de la douleur. Son activité préférée avant l'accident était la natation et l'on peut à notre avis considérer que cette activité sportive reste la seule qui soit compatible avec ses plaintes. En effet les douleurs sont aggravées par tous les déplacements et changement [sic] de position (passage assis à debout, flexions hanches). Dans l'eau le poids du corps est réduit par la poussée d'Archimède ce qui autorise ces mouvements sur une courte durée, avec mobilisation réduite des membres inférieurs pour la nage, qui n'est effectuée selon l'assuré qu'avec quelques battements de jambes, la propulsion se faisant essentiellement par les bras. Le Dr [...] confirme cette information : « Il pratique un seul sport : la natation. Il s'oblige à faire 500 m de « crawl » deux fois par semaine. Il ne peut pas augmenter ses performances : en effet, des parcours plus longs entraînent immédiatement une aggravation des douleurs. ». Dr [...] note que les douleurs neurogènes ne sont partiellement atténuées que lorsqu'il fait de la natation (p. 1 consultation du 8 mai 2004).

Le rapport du Dr [...] (rapport du 23.08.2005) ne signale enfin qu'aucun des rapports à disposition, à l'exception de celui du Dr [...] (orthopédiste) en 2003, ne met en doute l'organicité de l'état douloureux du patient. Or, il est connu que la douleur neuropathique, telle que ressentie par M. R. _____, est une forme pathologique de douleur liée [sic] à une lésion du système nerveux (périphérique dans ce cas). La douleur neuropathique peut persister longtemps après les lésions initiales, médiée par une dysrégulation des neurotransmetteurs et certains mécanismes de plasticité neuronale comme la perte des interneurons spinaux exerçant un effet inhibiteur sur la douleur[...]. Ces modifications au niveau récepteurs périphériques et le système nerveux central aboutissent à une diminution du seuil de la douleur (hypersensibilité) ainsi que réaction algique aux stimuli habituellement non nociceptifs (allodynie).

Dans leur expertise neurologique, le Prof. [...] et le Dr [...] (rapport du 16.12.2003) confirment un aspect souvent réfractaire aux traitements des douleurs neuropathiques ainsi que l'étendue plus importante des signes électrophysiologiques des lésions nerveuses L5-S1 à l'ENMG par rapport à la clinique : « La lésion du plexus lombo-sacré, prédominante au niveau de L5/S1 à droite, présente une extension à l'ENMG, plus importante que ne le laisse penser l'examen clinique. Les douleurs neurogènes faisant suite à une lésion du plexus peuvent être très variables, en partie invalidantes

de manière chronique et résister à tout traitement. Ce sont probablement des douleurs engendrées par les fractures et la lésion du plexus, qui provoquent les symptômes chroniques de l'assuré. » De même, l'atteinte sensorielle au niveau du périnée, de la région périanale et des organes génitaux externes est en relation avec une atteinte plus distale au niveau des racines sacrées S2, S3, S4, S5, en lien avec des cisaillements dus à la fracture du bassin des racines correspondantes. Proximale il a été mise [sic] en évidence une dénervation des muscles moyen fessier et tenseur du fascia lata. La lésion susmentionnée a été objectivée et donc l'atteinte somatique existe au niveau des racines nerveuses. Ceci au long [sic] terme a résulté à une douleur neurogène qualifiée d'« épouvantable » (confirmé par échelle de douleur neurogène DN4).

Les experts de la [...] notent (p. 6, expertise interdisciplinaire) : « Il faut noter que l'assuré n'a pas réussi à convaincre les médecins qui l'ont examiné de l'étendue et de la nature des douleurs et handicaps dont il s'est plaint lors de l'expertise de mars 2015. ». Toutefois, le patient souffre d'un syndrome douloureux chronique associé à un trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante. Certes nous notons une discordance entre la douleur subjectivement rapportée et lésions somatiques. Néanmoins, les soignants sont démunis (cf. réponse 2) pour évaluer la douleur neuropathique d'aspect complètement objectif. En plus il semble que le patient a abandonné l'effort de résoudre son problème avec moyennes [sic] médicaux et a accepté vivre avec ces douleurs et adapter son mode de vie en conséquence.

L'expertise de Dr [...] confirme notre appréciation selon laquelle ces plaintes son [sic] « premièrement, la douleur : le patient vit en quelque sorte centré autour de la douleur, dont il essaie de s'affranchir et de vivre le plus normalement possible. » (p. 7, expertise neurologique de Dr [...] du 29.12.2009).

Nous avons basé notre estimation selon le tableau SUVA « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA ». Il faut souligner que ces tableaux donnent que des valeurs indicatives, qui peuvent être augmentées ou diminuées selon l'appréciation du médecin et doit être adapté [sic] selon état neurologique et situation particulier [sic] de chaque malade. Selon notre avis la conclusion de l'expertise neurologique par Dr [...] (p. 64 de l'expertise neurologique de [...]), ne considère pas les aspects collatéraux de syndrome douloureux chronique: « Sur le plan neurologique, la limitation de 30 % des capacités professionnelles de l'assuré dans son emploi initial de pharmacien se justifie par des séquelles organiques et neurologiques de l'accident du point de vue médico-théorique. » Les symptômes accompagnants non considérées [sic] dans ces tableaux comme la douleur neurogène, trouble du sommeil, trouble digestif, trouble exécutif et trouble de la concentration sur un syndrome douloureux, sont tout à fait compatible [sic] avec l'atteinte d'intégrité plus élevée que constaté par Dr [...], experts de [...], Dr [...] et Dr [...] et Dr [...].

En conclusion, notre nouvelle appréciation, tenant compte de tous les rapports d'expertise précédents, confirme notre évaluation initiale de 75 % pour l'atteinte à l'intégrité (cf. réponse 2).

Question 3 : Le Dr Sveikata n'explique pas pourquoi il s'écarte des conclusions de l'expertise de [...] fondée notamment sur des analyses de tests psychologiques des fonctions cognitives. Les troubles cognitifs ont-ils un impact sur le fonctionnement de l'expertisé ?

Réponse 3 : Oui, les troubles cognitifs ont un impact sur le fonctionnement de l'assuré.

Commentaires : les tests des fonctions cognitives réalisés à [...] ont conclu à un trouble non spécifique en raison de signes (critères de Slick[...]), selon toute probabilité, d'une « présentation inauthentique des symptômes » et des capacités en lien avec les troubles cognitifs.

Les experts de la [...] doutent de l'authenticité de troubles cognitifs de l'assuré (trouble de concentration et trouble exécutif) (p. 4, expertise interdisciplinaire) : « Du point de vue neurologique, l'assuré n'a été victime d'aucun traumatisme crânien dans le cadre de l'accident, susceptible d'expliquer les symptômes et/ou atteintes du système nerveux central. » Or, il est démontré que la douleur chronique peut affecter plusieurs domaines cognitifs, y compris l'attention, mémoire de travail, fonction exécutive, de manière non spécifique[...]. En plus, la mémoire et attention semble d'être affecté de préférence chez les patients souffrant d'une douleur neuropathique et/ou radiculaire.[...] Des études récentes suggèrent que les mécanismes responsables des troubles cognitifs chez les patients douloureux chroniques semblent être associés à une dysrégulation des neurotransmetteurs et à une atrophie corticale préfrontale et thalamique[...]. La magnitude de cette atrophie par rapport aux sujets sains équivaldrait à 10-20 ans de vieillissement de plus. Le tableau cognitif de l'assuré, évalué lors notre consultation, se manifeste par un trouble cognitif léger non amnésique (p. 15 de notre expertise neurologique), affectant l'attention et les fonctions exécutives, est donc bien compatible avec celui attendu dans un syndrome douloureux chronique.

Le Dr [...] explique l'atteinte chronique par des modifications neurochimiques centrales, en relation avec l'atteinte organique périphérique initiale, modifications qui vont jusqu'à entraîner des perturbations du sommeil (p. 6 expertise du Dr [...]): « Actuellement on estime que ces douleurs neurogènes sont dues à une potentialisation à long terme de récepteurs NMDA sur des stimuli douloureux périphériques. (...) L'association de ce tableau à des accès irrépessibles de sommeil diurne pose la question d'un autre trouble de la plasticité neuronale touchant d'autres circuits à la suite du traumatisme. »

Nous sommes en accord avec l'avis de psychologue M [...] (p. 7, rapport neuropsychologique du 31.03.2015), qui constate que « en présence de douleurs chroniques, des troubles de la concentration et de la mémoire, tels que rapportés par le patient expertisé, sont en principe possible ». De plus, face au tableau cognitif sur les tests effectués à la [...], les experts suggèrent une discordance sur le fait que l'assuré est toujours apte à conduire une automobile. Or, les déplacements en automobile sont en principe limités à quelques kilomètres et l'assuré dit avoir le contrôle sur ces mouvements et peut s'arrêter en cas de nécessité. Un léger trouble cognitif d'attention que le patient présent [sic] aux [sic] nos tests (p. 15, expertise neurologique du 29.11.2019) est compatible avec une conduite d'automobile, contrairement aux résultats de la [...]. Toutefois les accès irrépessibles du sommeil devraient être évaluée [sic] par rapport l'aptitude à la conduite et devrait [sic] être évalué [sic] par une polysomnographie diurne. Lors de notre entretien d'ailleurs le patient n'a pas indiqué que cette somnolence interférait avec sa conduite.

En 2016 le Dr [...], psychiatre constate qu'« il y a une invalidité psychique liée aux troubles de la concentration, de la fatigue, des besoins de repos (« comas ») et des conséquences des douleurs chroniques sur les capacités cognitives comme l'attention et la mémoire ».

Lors de notre entretien du 27 mai 2019 l'expertisé signalait des difficultés de concentration, se sentait très fatigué surtout l'après-midi et décrivait des problèmes de mémoire (oublis d'objets et faits récents) sans diminution de son autonomie pour les activités de la vie quotidienne. L'échelle de performance cognitive globale montrait un trouble neurocognitif léger non amnésique (test de MoCA[...] à 25/30). Il présentait notamment de discrets troubles attentionnels et exécutifs s'expliquant l'un comme l'autre par la coexistence de douleurs permanentes. Il s'agit de manifestations non spécifiques, mais souvent rencontrées dans le cadre de douleurs chroniques, de troubles de sommeil, de consommation de substances psychoactives, comme les antalgiques, les opiacés, les somnifères, ou encore l'alcool. Nous n'avons pas d'argument à ce stade pour un processus neurodégénératif. A noter que le bilan neuropsychologique à [...] montrait « des résultats majoritairement inférieurs à la moyenne, voire largement inférieurs à la moyenne. », tandis que nos résultats ne sont que légèrement inférieurs à la norme et indiquent un trouble neurocognitif léger de type non amnésique, plutôt du domaine exécutif/attentionnel. Ce trouble cognitif léger est à notre avis parfaitement cohérent avec le syndrome douloureux chronique et il n'y a donc aucune raison de suspecter un trouble inauthentique (simulation). Il n'y a par conséquent pas non plus d'indication à réaliser des tests de validation selon les critères de Slick, ni à répéter le bilan exhaustif déjà effectué à [...].

En conclusion, selon notre appréciation, tenant compte de toutes les expertises précédentes, ces troubles cognitifs, même légers, peuvent avoir une répercussion sur le fonctionnement quotidien et limiter la réinsertion professionnelle.

Question 4: La prise de Tramal indiquée par 'expertisé [sic] ne paraît pas correspondre à la réalité puisque dans l'expertise de [...] on relevait qu'il n'avait plus pris de Tramal durant de nombreuses semaines et que les dosages et posologies paraissent des plus variables. Là également, une analyse critique s'imposait. [...].

[...]

Réponse 4 : Nous ne sommes pas d'accord avec la déclaration des experts de la [...] sur le fait qu'il est incohérent que tous les traitements antalgiques aient échoué. Le patient a effectivement essayé différents traitements médicamenteux avec fort potentiel antalgique (liste exhaustive dans p.14 de notre expertise du 29.11.2019) et approuvés pour traiter les douleurs, notamment de type neurogène, avec différents mécanismes d'action (morphiniques, anti-dépresseurs, corticostéroïdes, antiépileptiques neuroleptiques). A noter que la posologie de la prégabaline (Lyrica®) par exemple a atteint des doses maximales (600 mg/j) sans effet antalgique, mais avec beaucoup d'effets secondaires. Il a tenté utiliser des opiacés puissants, comme fentanyl (Durogesic®), morphine, oxycodone/naloxone (Targin®), même les injections intrathécales : « Les tests d'injections ont été réalisés avec de la clonidine et des dérivés de morphine et n'ont permis de tirer aucune conclusion » (p. 38, expertise neurologique du Dr [...]). Le seul traitement qui semble marcher et avoir un rapport bénéfice et effet [sic] indésirables plus au moins favorable est le Tramal®, mais ceci de nouveau limité par l'effet secondaire (constipation). D'autant plus que les médicaments opiacés ne sont pas les plus efficaces pour traiter les douleurs neurogènes. On note encore une certaine variabilité des dosages du Tramal® lors des différentes consultations (p.ex. Dr [...]: 50-100mg/jour, Dr [...]: 50 mg 1-2x/j, notre propre entretien: 100-200mg/j), qui reflète bien probablement des changements de dosages par le patient lui-même.

[...]

Le Dr [...] dans son expertise du 29.12.2009 note que « les médicaments utilisés [sic] sont du Durogesic® (fentanyl), de la morphine et du Tramal®. Le patient nous parle aussi des douleurs associées, qu'il situe au niveau des épaules (il se déplace surtout soutenu par ses béquilles), calmées en partie par la prise quotidienne de 3 x 500 mg de Ponstan® (acide méfénamique) et de Dafalgan® (paracetamol).

En résumé, la douleur d'origine neuropathique est un symptôme bien connu pour être souvent réfractaire aux traitements médicamenteux. Le fait que différents traitements bien menés

n'aient pas fonctionné ne justifie donc pas une conclusion d'incohérence. L'utilisation du Tramal® par le patient expertisé est variable en fonction de sa tolérance par rapport aux effets secondaires, ce qui explique vraisemblablement que ce médicament n'apparaisse pas toujours dans la liste des médicaments remboursés par l'assurance.

Question 5 : les troubles digestifs ont-ils un impact sur le fonctionnement de l'expertisé ?

Réponse : oui, mais de manière indirecte, en limitant l'utilisation de certains médicaments utiles à un meilleur contrôle de la douleur.

Commentaires : notre appréciation est basée à la fois sur les éléments anamnestiques fournis par le patient et les rapports des experts précédents.

Le patient rapporte une constipation nécessitant la prise de médicaments laxatifs (Xenical® 3x/j). Sans ce traitement la fréquence des selles est de 1x/3 jours avec parfois une défécation traumatique (sang dans les selles). Selon les critères internationaux de Rome, la constipation est définie comme défécation de moins de 3 fois par semaine nécessitant un effort important dans >25% du temps[...]. Le patient expertisé remplit donc bien ces critères. Il est connu que le traitement opiacé aggrave la constipation et c'est la raison pour laquelle le patient expertisé préfère les utiliser le moins possible.

Le Dr [...], orthopédiste, signale aussi (cf. son rapport du 11.03.2003) un problème de constipation, avec deux électromyogrammes qui auraient confirmé un problème de tonicité du sphincter anal et une atteinte du muscle moyen fessier droit, ainsi qu'une faiblesse des extensions des orteils du même côté. Il signale aussi des « coups de fatigue importants » deux à trois fois par jour, qui ont été aussi relevés dans notre propre expertise.

Le Dr [...] note dans son expertise que « l'utilisation régulière d'AINS a entraîné une œsophagite, qui est aussi traitée par un « inhibiteur de la pompe à protons ». Il confirme ainsi notre appréciation de constipation chronique : « C'est probablement en relation avec l'utilisation d'opiacés que le patient souffre d'une constipation opiniâtre, qui n'est contrôlée qu'avec l'utilisation du Xenical® », aussi corroboré par expertise de Dr [...] (cf. p 9, de l'expertise du Dr [...] du 26.07.2016).

Le Dr [...] note un réflexe anal absent à droite, avec un crémastérien légèrement diminué par rapport à la région controlatérale, signant une atteinte des dernières racines sacrées.

Les experts de la clinique [...] constatent (cf. p. 3 de l'expertise interdisciplinaire du 08.09.2015) que : « La persistance de séquelles de l'accident dans la région uro-génitale ne peut être exclue, aucun handicap majeur lié à une incontinence (ou autre trouble de la miction), une constipation (ou autre trouble neurogène intestinal) ou un trouble sexuel n'est pourtant identifiable chez l'assuré d'un point

de vue neurologique.» Toutefois les deux constatations se contredisent l'une l'autre car en présence de lésions des racines sacrées, comme identifié par nous-mêmes et plusieurs experts précédents on peut considérer comme plausible une constipation « réflexe » qui serait secondaire aux douleurs neurogènes de la région et ceci même sans tenir compte des effets secondaires des médicaments opiacés, du quelles [sic] le patient rapport [sic] souffrir à plusieurs reprises lors notre entretien (cf. notre expertise du 29.11.2019, expertise du Dr [...] 29.12.2009).

En conclusion, selon notre appréciation, tenant compte de tous les rapports d'expertise précédents, les troubles digestifs eux-mêmes n'ont pas d'influence directe majeure sur le fonctionnement quotidien du patient. Toutefois sans doute ceux-ci limitent-ils la marge du traitement antalgique opiacé, qui semble avoir tout de même un effet modéré sur ces douleurs.

[...] ».

Les passages suivants sont extraits de l'annexe 2 (« réponses complémentaires partie psychiatrique ») jointe au rapport complémentaire :

« [...]

Question 1 : Ma cliente sollicite dès lors que l'experte Benzakour soit interpellée pour indiquer quelle analyse critique elle a pu effectuer figurant au dossier mentionné ci-dessous et comment elle peut poser un diagnostic assez fondamentalement différent alors que l'état de santé de l'expertisé ne paraît pas s'être péjoré depuis lors ?

L'analyse critique des sept documents soumis est effectuée dans les rubriques détaillées sous les lettres a à g ci-après :

a) Expertise neurologique du 16.12.2003 du Prof [...] et du Dr [...] (P 125)

i) Synthèse

[...]

ii) Analyse critique

Le fait que les experts conseillent le recours à un traitement antidépresseur, à défaut d'avoir un status psychiatrique sur lequel s'appuyer ni une formulation explicite de l'indication, suggère que le traitement antidépresseur conseillé était à visée antalgique. S'ils affirment que « l'accident assuré ne cause pas de dommage permanent sous forme d'une atteinte importante et durable à l'intégrité physique », cela correspond à une définition juridique et ne remet pas en question l'authenticité des douleurs, ce qui corrobore les conclusions des Drs Truffert et Sveikata sur lesquelles je me suis appuyée.

b) Complément d'expertise neurologique du [...] du Dr [...] et Prof. [...] du 26.08.2004 P 136, complément 12

i) Synthèse

[...]

ii) Analyse critique

On peut déduire de ce complément d'expertise du Dr [...] et du Prof. [...] que les douleurs rapportées par l'expertisé sont ainsi plausibles au vu des lésions liées aux fractures et de la variabilité interindividuelle des douleurs. Je suis en particulier d'accord sur ce dernier point, relatif à l'importance de la variabilité interindividuelle du vécu douloureux.

c) Courrier du Dr [...] [sic], [...], 24.06.2011 et du 23.09.2016

i) Synthèse

[...]

ii) Analyse critique

Bien que je partage en partie le constat des symptômes avec le Dr [...] [sic], je ne conclus pas à un trouble de stress post-traumatique chez l'expertisé. En effet, si les troubles de la concentration sont des troubles cognitifs qui peuvent constituer un argument diagnostique pour le trouble de stress post-traumatique, ni la fatigue ni les états de somnolence ne constituent des arguments diagnostiques pour ce trouble. De plus, le Dr [...] [sic] fait référence à des éléments de reviviscences traumatiques s'inscrivant dans un syndrome d'intrusion, disant que l'accident est revécu « sous différentes formes du récit au film », ce que je n'ai pas retrouvé à mon évaluation ni actuellement ni rétrospectivement. Ce sont les raisons pour lesquelles mon expertise contredit l'avis du Dr [...] [sic] quant au fait de retenir un état de stress post-traumatique. Je relève également que ni le rapport AI du Dr [...] du 09.02.2005, ni l'expertise psychiatrique du Dr [...] du 27.08.2015 à [...] n'ont conclu à un trouble de stress post-traumatique.

d) Bilan interdisciplinaire [...] 8.09.2015 (P 175, complément 7)

i) Synthèse

[...]

ii) Analyse critique (en 5 points numérotés ci-après)

- 1) L'authenticité des douleurs est remise en question pour 2 principales raisons :

- a) l'absence d'efficacité des antalgiques et de leur prise par l'assuré : le Dr [...] écrit en effet : « il est tout-à-fait incohérent du point de vue neurologique que, d'une part, l'assuré décrive un syndrome douloureux subjectivement invalidant, mais que d'autre part, toutes les tentatives de traitement antalgiques (exécutées dans les règles de l'art) aient échoué » (cf. P 177, expertise partielle neurologique du Dr [...], p. 59). Or, l'absence d'efficacité ne témoigne en rien du caractère inauthentique des douleurs, dans la mesure où il est bien décrit et connu en pratique clinique que les douleurs réfractaires aux antalgiques, y compris de morphiniques sont une réalité. De plus, contrairement à ce qui est noté dans le même document à la page suivante (cf. P 177, p 60), l'expertisé

continue de recourir à des doses quotidiennes de tramadol oscillant entre 100 et 200 mg. Cet argumentaire est donc discutable.

- b) le maintien d'activités telles que la natation ou la conduite malgré les douleurs : or, les mouvements dans l'eau sont connus pour générer moins de douleurs chez les patients douloureux chroniques en raison de la poussée d'Archimède qui atténue les appuis et l'effet de la pesanteur. De plus, l'expertisé décrit des exercices de natation dans l'eau qui sont toujours les mêmes, à savoir 500 m en crawl alors, qu'il accomplissait avant l'accident beaucoup de sport et des distances à la nage bien plus longues. Quant à la conduite, l'expertisé précise pouvoir tolérer les douleurs sur des courts trajets et ne pouvoir conduire plus de trente minutes consécutives, ce qui ne correspond pas ni aux capacités de conduite antérieurement à l'accident, ni à des conditions normales de conduite.

- 2) Les accès irrépessibles de sommeil diurnes qualifiés de « comas » par l'assuré sont mis en cause sous prétexte que l'assuré se réveillait facilement : « L'après-midi, il a ses typiques attaques de coma, ressemblant à un sommeil profond de type comateux, typiquement comme le coma particulièrement long du 19.03 (où il a été brièvement réveillé par l'expert, puis a continué à dormir). Le sommeil lors du coma est bien plus profond, il ne bouge alors plus » (cf. P 176, expertise partielle psychiatrique du Dr [...], p. 26). Or, si l'assuré les qualifie de « comas », il ne s'agit pas de comas au sens médical du terme, mais bien d'accès de sommeil de profondeur inhabituelle et le fait qu'il soit réveillable ne contredit pas les descriptions que fait l'assuré d'un besoin impérieux de dormir en lien avec une fatigue intense.

- 3) Les résultats des tests neuropsychologiques « majoritairement inférieurs à la moyenne » sont considérés par les experts comme incohérents car ils ne peuvent pas s'expliquer par l'existence d'un traumatisme crânien dans le cadre de l'accident (cf. P 175, Bilan interdisciplinaire, p.4). Il est ainsi noté dans le bilan neuropsychologique que « des signes de présentation inauthentique d'un trouble cognitif, que deux des quatre tests de validation des symptômes cognitifs révèlent des signes d'un manque de respect des consignes du test » et qu'il « est tout à fait probable qu'il s'agisse d'un trouble neurocognitif inauthentique » selon les critères de Slick (1999) (cf. P 180, Rapport neuropsychologique de [...], p.7-8). Or, il est établi que les patients douloureux chroniques souffrent de troubles cognitifs, et particulièrement de troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration et il serait intéressant de vérifier si ce test de fiabilité diagnostique est adapté aux patients douloureux chroniques, ce que ne précise pas l'expert neuropsychologue [...]. De plus, l'argument selon lequel « les troubles cognitifs ne peuvent s'expliquer en l'absence de traumatisme crânio-cérébral qui pourrait expliquer cette baisse de performances » (cf. P 180, p.8) est très discutable dès lors que des troubles cognitifs sont décrits malgré l'absence de lésion

neurologique objectivable chez les patients douloureux chroniques. Enfin, il est noté qu'il a des « problèmes de mémoire atypiques, que l'on ne rencontre pas dans les groupes témoins cliniques », sans qu'il soit précisé si cette interprétation est applicable aux patients douloureux chroniques (cf. P 180, p.8). Il conclut alors à « un diagnostic non spécifique en raison de signes d'une présentation inauthentique, selon route [sic] probabilité des symptômes et des capacités en lien avec les troubles cognitifs » (cf. P 180, p.9). Cette conclusion mérite d'être confirmée en s'assurant de la validité de ces tests chez les patients douloureux chroniques. Si l'hypothèse de troubles neurocognitifs inauthentiques est confirmée, elle n'a pas d'incidence directe sur l'appréciation des douleurs et ne remet pas en question le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, ni dans cette expertise effectuée à [...], ni dans ma sous-expertise psychiatrique. Le retentissement sur la capacité de travail reste important, même en l'absence de troubles cognitifs.

- 4) L'expertise orthopédique des Drs [...] et [...] relève des incohérences quant aux douleurs décrites par le patient. « Le fait que l'affleurement très superficiel de la peau au niveau du sacrum [...] entraîne une exacerbation importante des douleurs ne peut s'expliquer d'un point de vue orthopédique [...] est à considérer comme clairement incohérent » (cf. P178, expertise orthopédique des Drs [...] et [...], p.28), ce qui serait confirmé par les observations de l'ergothérapie et de la physiothérapeute qui relèvent que l'expertisé « refuse de marcher dans les escaliers [...qu'il arrive] seulement à gravir les escaliers qui mènent à son appartement [...]. La vitesse de marche atteint seulement 1.2 km/h. C'est une vitesse qui ne permet pas de traverser une rue pendant la durée prévue, si la traversée commence à la fin de la lumière verte.», tout en précisant que « Les performances montrées lors des tests concordent relativement bien avec les données relevées à l'anamnèse » (cf. P 178, expertise orthopédique des Drs [...] et [...], p.28). On peut en déduire, que si des incohérences entre certains éléments de l'anamnèse et les constatations avaient été notées par les experts, elles auraient été explicitées, comme le fait de pouvoir traverser la rue alors que la vitesse de marche ne devrait pas le permettre. Les experts considèrent aussi que le fait que « la position assise soit limitée à 20 minutes ne peut s'expliquer mécaniquement » (cf. P 178, expertise orthopédique des Drs [...] et [...], p.29). Ils rappellent pourtant plus haut que « la lésion supposée du plexus lombo-sacré à droite est d'abord une tâche du neurologue ». Le caractère incohérent des douleurs serait ainsi lié au référentiel orthopédique dans lequel les experts orthopédiques se situent, n'intégrant pas les considérations neurologiques.

- 5) Le rapport d'avis thérapeutique d'ergothérapie et de physiothérapie de Me [...] et de Me [...] pointe que l'expertisé a « montré peu d'activité lors des évaluations. Il ne s'est soit pas senti capable soit a agi lentement, refusant même certains exercices », estimant « lui-même que travailler debout était impossible », ce qui

rend peu contributive l'évaluation thérapeutique. La réticence à participer à des activités est cohérente compte tenu des douleurs chroniques rapportées par l'expertisé, et leur exacerbation à la faveur de mouvements. De plus, dans l'ensemble des rapports et expertises, on note un caractère très ritualisé des activités physiques qui sont l'activité de natation, la conduite automobile sur des courtes distances. L'évaluation de ses capacités physiques à des tâches moins familières peut constituer une source d'anticipation négative quant à la survenue de la douleur et d'évitement, expliquant le refus de l'expertisé à participer. Le seul point relevant de cette expertise thérapeutique est « l'aspect atypique du schéma de marche (que l'on constate en cas de paraspasticité) [qui] n'a de lien avec aucun de ses diagnostics » (cf. P 179, expertise thérapeutique, p.7). Néanmoins, les experts ajoutent que « l'usure des semelles est compatible avec le trouble de la marche observé » (cf. P 179, expertise thérapeutique, p.7), ce qui n'est pas en faveur d'un trouble de la marche factice, les patients avec trouble factice ou une simulation ayant tendance à ne plus présenter de symptômes en l'absence de situations où ils sont observés.

e) Expertise neurologique du Dr [...] qui est frappé lors de son approche clinique par un comportement douloureux peu crédible 26.07.2016 P 112 (et non 101)

i) Synthèse

[...]

ii) Analyse critique

La perception de la douleur peut être sous l'influence de plusieurs facteurs comme la distraction, les émotions et il n'est pas rare qu'il soit constaté des fluctuations chez les patients douloureux chroniques et que le caractère chronique altère la capacité de régulation de la douleur pouvant expliquer des réactions très intenses comme celles rapportées chez l'expertisé [...].

f) Rapport d'expertise psychiatrique du Dr [...] du 27.08.2015 P 176 dans complément 7, pp 1 à 42 (signes d'exagération très clairement présents p.40, expliquer les contradictions entre mon expertise et le rapport du Dr [...])

i) Synthèse

[...]

ii) Analyse critique

Je trouve l'observation sur le caractère « inhabituel » discutable dans une expertise, dans la mesure où elle comporte une dimension subjective de jugement que l'expert justifie en évoquant plus loin « sa longue expérience [...] qui a affaire depuis près de 35 ans dans le cadre de son travail dans différentes institutions publiques à un large spectre de patients souffrant de douleurs et [qu'il] est contraint de décrire ce comportement vis-à-vis de la douleur comme très particulier et anormal ». Il ajoute qu'« Il s'agit d'un comportement vis-à-vis de la douleur particulièrement frappant et

de nature accrocheuse qui impose de se poser la question du contrôle conscient et de l'authenticité de ce vécu de la douleur et de ce comportement vis-à-vis de la douleur dont il a fait la démonstration » (cf. P 175, expertise partielle psychiatrique du 8.09.2015, p.36). Or, le rapport à la douleur est considéré par les spécialistes de la douleur comme variant beaucoup entre les individus et l'argument d'expert reposant sur sa longue expérience clinique opposé n'est pas convaincant.

Les passages de l'expertise qui mettent en doute l'authenticité des douleurs, des troubles neuropsychologiques de l'expertisé ainsi que des accès irrépressibles de sommeil diurne qu'il qualifie de « **parties consciemment exagérées/éventuellement non authentiques** prédominant clairement » (cf. P 176, expertise partielle psychiatrique du Dr [...], p.38) auraient dû en toute logique orienter l'expert vers un diagnostic de simulation ou de trouble factice - pourtant lourdement suggérés par les termes utilisés (soulignés dans la citation) - qui supposent une intentionnalité du malade à présenter des symptômes et pourraient expliquer l'ensemble du tableau clinique qu'il considère comme inauthentique. Pourtant, l'expert conclut à un trouble de somatisation indifférencié (F45.1) avec des manifestations somatoformes dans les domaines de la douleur et de l'épuisement, équivalent pour le DSM5 à ma conclusion diagnostique d'un trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante. Le Dr [...] ne reconnaît pas en revanche une intensité sévère, contrairement à moi, et retient un type indifférencié en raison de la notion de troubles cognitifs non authentiques. Le trouble factice comme la simulation se distinguent du trouble somatoforme, le premier résultant de plaintes physiques authentiques du sujet, et la deuxième, de la production intentionnelle ou la simulation de symptômes. Le diagnostic de trouble factice ou de pathomimie se définit en la présence de trois critères diagnostiques du DSM5 : A) la production ou simulation intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques ; B) La motivation qui sous-tend ce comportement est l'adoption du rôle de malade ; C) On n'identifie pas de motifs extérieurs à ce comportement (gain financier, échapper à une responsabilité). La présence d'une motivation, comme cela pourrait l'être chez l'expertisé qui se trouve en litige avec l'assurance, et qui aurait un gain financier à être malade renverrait plutôt au diagnostic de simulation. Or, il n'est pas possible de retenir ni le diagnostic de trouble factice, ni le diagnostic de simulation chez l'expertisé.

g) Expertise orthopédique du Dr [...] du 28.07.2016 qui déclare qu'il n'y a aucune explication pour l'importance des plaintes douloureuses de M. R. _____ et qu'il constate de nombreuses incohérences (P 190)

i) Synthèse

[...]

ii) Analyse critique

Cette observation contredit celle notée par l'expertise thérapeutique de [...], qui conclut à une usure des semelles compatible avec le trouble de la marche observé. L'asymétrie des membres n'est pas retrouvée dans cette expertise ni dans celle de [...] dans laquelle il est noté « que la circonférence au niveau des cuisses et des mollets diffère d'1 cm, ce qui est compris dans la marge d'erreur » (P 178, expertise orthopédique du Dr [...] du 5.06.2015, p.26) mais elle est notée dans l'expertise du Dr [...] en dévafeur [sic] du membre inférieur droit, avec 2 cm de différence au niveau de la circonférence des quadriceps » (P 9, expertise neurologique du Dr [...] du 4.01.2010, p.10). Il est possible qu'il y ait eu une réduction de cette asymétrie au cours du temps. Cette observation corrobore le caractère fonctionnel du trouble et ne contredit pas le diagnostic de trouble chronique à symptomatologie somatique avec douleur prédominante de sévérité grave, dans la mesure où la douleur n'est pas entièrement expliquée par un processus physiologique ou un trouble physique.

Question 2 : Corollairement, l'experte Benzakour est invitée à indiquer s'il ne conviendrait pas aussi de poser un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)

Le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques suppose un mode de fonctionnement définissant un trouble de la personnalité. Par définition, un trouble de la personnalité s'acquiert à l'âge adulte et est stable au cours du temps. Il conditionne le fonctionnement affectif, relationnel et comportemental du sujet.

Ce diagnostic repose sur deux principaux critères selon la CIM10. Le premier critère consiste en la présence de symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Comme c'est requis pour ce diagnostic, le sujet présente en effet des symptômes physiques compatibles avec les séquelles de son accident. Pour valider ce diagnostic, les symptômes physiques devraient avoir disparu avec le temps s'ils n'étaient pas amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'expertisé. Or, dans le cas de l'expertisé, les lésions sont encore objectivables et ne sont pas entretenues par son état psychique. Elles sont en revanche amplifiées par l'état psychique de l'expertisé, les Drs Truffert et Svekata [sic] notant dans leur expertise « une discordance entre les manifestations douloureuses et l'atteinte organique objectivable » (cf. p19, expertise médicale du 29.11.2019). Le deuxième critère porte sur la réaction à la douleur, le sujet réagissant habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur.

Or, l'expertisé ne réagit pas habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité, dans la mesure où il est noté qu'il est plutôt résigné, et l'amplification des douleurs est circonscrite aux douleurs en lien avec son accident car seules les douleurs correspondant à la topographie des lésions donnent lieu à une majoration des symptômes physiques, ce qui ne permet pas de valider le diagnostic.

Question 3 : Par surabondance, comment l'experte peut-elle justifier une véritable atteinte psychologique voire une évolution psychique désastreuse depuis 2009 (réponse à l'allégué 271) avec l'affirmation suivante figurant en p.13, dernier paragraphe de l'expertise dans laquelle il est mentionné : « Malgré la très grande gravité et la sévérité des conséquences de l'accident survenu en 2001, on ne retrouve pas d'expression manifeste de détresse psychique à son évocation, ni actuellement, ni dans les premiers temps qui ont suivi l'accident ».

Je ne partage pas le constat d'une évolution psychique désastreuse depuis 2009, comme on le retrouve dans l'allégué 271 auquel je suis tenue de répondre. Je note dans l'étude du dossier ainsi que dans l'anamnèse subjective de l'expertisé, une stabilité de la symptomatologie composée par des douleurs chroniques très invalidantes et des accès de sommeil diurnes irrépessibles. L'atteinte psychologique relève des manifestations du trouble chronique à symptomatologie somatique avec douleur prédominante de sévérité grave, dans la mesure où les douleurs ne peuvent uniquement s'expliquer par le trouble physique secondaire à l'accident mais l'évolution de ce diagnostic n'est pas, selon mon analyse, « désastreuse depuis 2009 » mais stable.

Quand je note p.13 de la sous-expertise dans la discussion diagnostique que « malgré la très grande gravité et la sévérité des conséquences de l'accident survenu en 2001, on ne retrouve pas d'expression manifeste de détresse psychique à son évocation, ni actuellement, ni dans les premiers temps qui ont suivi l'accident », c'est pour relever non seulement l'absence de développement d'un trouble de stress post-traumatique, mais aussi comme je le note, « des arguments en faveur d'une dissociation péritraumatique ». Je voulais ainsi pointer le caractère pathologique de l'absence de manifestation de détresse psychique initialement. C'est un point important à relever car l'absence de détresse psychique initiale après un traumatisme s'inscrivant dans une dissociation péritraumatique est associée à un risque accru de développement d'un trouble de stress post-traumatique [...], mais ce n'est pas le cas chez l'expertisé qui ne semble pas avoir développé de trouble de stress post-traumatique. Les effets du traumatisme semblent ainsi davantage s'exprimer au niveau physique chez l'expertisé sous la

forme du trouble chronique à symptomatologie somatique avec douleur prédominante de sévérité grave.

Question 4 : Enfin, l'experte peut-elle confirmer qu'elle a pris connaissance du dossier AI de l'intéressé et en particulier, de l'analyse du Dr [...] établie le 9 février 2005 qui ne mentionne aucune problématique psychologique particulière, ni aucun traitement particulier ? (P 140, Complément 12).

□ Analyse critique de l'expertise du Dr [...]

o Cette expertise psychiatrique est motivée par « l'écart entre les atteintes somatiques objectivables (peu importantes) et l'ampleur des plaintes de douleurs persistantes » estimé par le Dr [...], neurologue et psychiatre du SMR AI, mettant en doute le rapport de neurologie du [...] du 16.12.2003 qui conclut à des douleurs explicables par les lésions objectives.

o L'expertise psychiatrique du Dr [...] est semblable à la mienne en ce qui concerne la description de l'accident et de l'absence de symptomatologie psychiatrique dans les suites de l'accident, ce dernier notant que l'expertisé « avait fait appel à un psychiatre du [...] [...] parce qu'il se sentait découragé devant la persistance de douleurs importantes et les difficultés qu'il éprouvait à retrouver une vie normale » (p.4) et qu'« [...] il a reçu du Seropram à visée antalgique » cf. p. 3 de ma sous-expertise psychiatrique. De même, comme le Dr [...], je rends compte de douleurs chroniques qu'il décrit comme l'impression d'être « compressé par des pointes, ou transpercé de coups de poignard dans le bas du dos » (cf. P 140, expertise du 9.02.2005 du Dr [...], p.4) et que je note que « L'expertisé se plaint spontanément de douleurs permanentes dans la région du sacrum, avec des moments d'exacerbation, qu'il compare à celles d'un « string en barbelé » (p.3 de ma sous-expertise du 29.11.2019). Le Dr [...] décrit des « coups de pompe monstrueux...comas » (cf. P 140, p. 4, 5) que je rapporte aussi sous le même qualificatif de ma sous-expertise, p.10. Il note des troubles de la mémoire et de la concentration, moindres le matin que l'après-midi, l'expertisé lui disant « l'après-midi il y a le coup de bambou qui m'empêche de rester concentré plus de 30 à 60 minutes. » et je note aussi qu'il se plaint de troubles de la concentration (p.5 de ma sous-expertise du 29.11.2019). Comme moi, il ne note « pas de flash-backs de l'accident » (cf. P 140, expertise psychiatrique du Dr [...], p.5).

Dans la discussion, le Dr [...] recherche des arguments diagnostiques en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant selon la CIM-10 (F45.4) et dit que « tant que l'adéquation entre les douleurs et les atteintes somatiques n'est pas tranchée, le diagnostic de trouble douloureux somatoforme doit rester en suspens », le 2ème critère consistant à dire que « la douleur n'est pas expliquée entièrement par un processus physiologique ou un

trouble physique » ne pouvant être vérifié en l'absence « d'unanimité sur ce sujet entre les somaticiens » (cf. P 140, p.9). Il est vrai que je me suis appuyée sur les conclusions de l'expertise neurologique des Drs Truffert et Sveikata disant que « bien qu'il y ait un substratum organique associé à ces douleurs chez l'expertisé, l'intensité des manifestations douloureuses pourrait, au moins en partie, s'expliquer par un trouble à symptomatologie somatique dont souffrirait l'expertisé expliquant un décalage, en partie, entre les manifestations douloureuses et l'objectivation des lésions résiduelles nerveuses secondaires à l'accident de 2001, ce que les experts neurologues, le Dr Sveikata et Dr Truffert confirment aussi » (cf. ma sous-expertise du 29.11.2019, p. 12). Il est vrai que si je devais m'appuyer sur les conclusions du Dr [...] et de l'expertise du Prof. [...] et du Dr [...] et de son complément confirmant que les douleurs sont explicables par un substrat organique neurogène, ce diagnostic serait réfuté car il manquerait ce deuxième critère diagnostique. Comme le Dr [...], je conclurais que « M. R._____ ne souffre d'aucun trouble psychique » (cf. P 140, expertise psychiatrique du Dr [...], p.10). Or, considérant que l'expertisé valide les critères diagnostiques d'un trouble chronique à symptomatologie somatique avec douleur prédominante de sévérité grave qui constitue un trouble psychique, je conclus, à la différence du Dr [...], que l'expertisé souffre d'un trouble psychique.

□ Commentaire quant à la conclusion du Dr [...] ne retenant pas de trouble psychique

o À la différence du Dr [...] qui a été mandaté en qualité d'expert psychiatre, j'ai été sollicitée par les experts neurologues en qualité de sous-experte psychiatre afin de répondre à une question précise portant sur l'impact d'un éventuel état de stress post-traumatique sur les douleurs sur la capacité de travail de l'expertisé, cf. Allégué 271 : « L'évolution psychique désastreuse depuis 2009, avec diagnostic de stress post-traumatique, refoulé dans un premier temps, justifie également un pourcentage non négligeable de capital invalidité, pourcentage fixé à dire d'expert » ?

o À ce titre, j'ai considéré que je devais m'appuyer sur les conclusions des experts neurologues pour cette expertise et non sur les précédentes qui étaient divergentes, comme le souligne le Dr [...] et ai argumenté le diagnostic de **syndrome douloureux somatoforme persistant** selon la CIM-10 (F45.4) à partir de leurs conclusions qui conditionnent en effet le diagnostic.

o Au vu des aspects psychologiques que je relève dans ma sous-expertise en faveur d'un traumatisme complexe, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme est d'autant plus pertinent, compte tenu de la propension à la somatisation que présentent ces patients (cf. sous-expertise du 29.11.2019, p.14)

Question 5 : Remise en cause du diagnostic de trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes

de sévérité grave équivalent du trouble somatoforme indifférencié (F45.1) car

a) le premier critère de sévérité est dépendant de l'expertise neurologique et orthopédique

J'ai eu recours au trouble à symptomatologie somatique du DSM5, qui comme dans l'équivalent du trouble somatoforme indifférencié de la CIM10, est caractérisé par la présence de symptômes évocateurs d'une maladie ou d'une blessure physique, mais qui ne peut être entièrement être [sic] expliqués par une affection médicale générale permettant de valider le critère C : « Bien qu'un symptôme somatique puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (critère rempli par l'expertisé dans la mesure où même en l'absence de symptômes somatiques expliquant les accès de sommeil diurne, l'expertisé en souffre depuis son accident, soit depuis plus de 6 mois) ». Je reconnais m'être appuyée sur l'expertise des Drs Truffert et Sveikata pour valider ce critère diagnostique. Je rappelle que ce diagnostic a été également retenu dans l'expertise du Dr [...] (cf. P 140, expertise psychiatrique du Dr [...],p.8).

b) le diagnostic paraît contredit par le fait qu'il est indiqué que l'expertisé ne manifeste pas d'anxiété (B2) et il en est de même du critère B3 tant énergie excessive dévolue à ces symptômes et préoccupations concernant la santé

L'anxiété concernant la santé n'est pas un critère obligatoire, comme je le note p.13, un seul des éléments du critère B suffisant. Je conviens du fait que l'expertisé ne consacre pas beaucoup d'énergie à ses douleurs, se disant plutôt résigné mais en revanche, l'ensemble des observations rapportées dans les précédentes expertises, comme dans la mienne, confirment un temps excessif consacré à ces douleurs qui sont omniprésentes et nécessitent des temps de repos plusieurs heures la journée lors de ses accès de sommeil diurnes irrépessibles.

Question 6 : « Les capacités et ressources de l'expertisé ne sont pas abordées dans l'expertise et qui sont en l'espèce loin d'être négligeables (formation de niveau universitaire, contact avec les enfants et qu'il reçoit chez lui, relations avec des amis ou son ex-épouse, conduite automobile, séjours en montagne, lecture, journal, activités sociales, natation une à deux fois par semaine, etc). On observera que par rapport à l'analyse du Dr [...], la situation semble s'être améliorée puisque l'expertisé se déclarait « en retrait social »

L'expertisé rapporte en effet une série d'activités sociales et je les décris dans ma sous-expertise.

□ En revanche, on note une grande restriction de ses activités qui sont très répétitives et monotones en raison de ses symptômes

physiques comparativement à son niveau d'activités avant l'accident, témoignant d'une incapacité, et entrecoupées par plusieurs heures de sommeil la journée (cf. p.6 et 7 de ma sous-expertise)

□ Il dit ainsi ne pas pouvoir conduire plus de 30 minutes consécutives sa voiture en raison de ses crises hyperalgiques et de ses accès de sommeil diurne irrépessibles, et ne pas avoir pu voyager en conséquence depuis son accident (cf. ma sous-expertise, p.13, 15).

□ Il dit s'inquiéter de l'avenir, disant souffrir de ne pas avoir de projets de vie, et qu'il s'interroge quant à son devenir, « une fois que les enfants n'auront plus besoin de lui » (cf. ma sous-expertise, p.15), ce qui rend compte de la limitation des ressources de l'expertisé.

[...] ».

Par prononcé du 13 avril 2021, le juge délégué de la chambre patrimoniale a arrêté le montant des honoraires dus aux experts judiciaires et à la sous-experte pour le complément d'expertise à 12'966 fr. 50.

27.3 Le 17 mai 2021, à la requête de l'appelant, le juge délégué de la chambre patrimoniale a ordonné un second complément d'expertise.

Dans son rapport déposé le 16 août 2021, le Dr Sveikata a précisé que « les troubles uro-génitaux décrits par [l'appelant] [avaient] été documentés et pris en compte dans la considération du taux d'intégrité selon tableau 7 (Article 3 « Hernie discale <...> Syndrome de la queue de cheval ») et tableau 21 de la SUVA (Article 1.3 « Syndrome de la queue de cheval ») ». Relevant que l'atteinte de la sphère uro-génitale était déjà incluse dans la manifestation du syndrome de la queue de cheval, il a indiqué ne pas voir « [d]ans ce contexte, [...] d'argument pour inclure une atteinte complémentaire selon le tableau 22 ».

Par prononcé du 14 octobre 2021, le juge délégué de la chambre patrimoniale a arrêté le montant des honoraires dus au Dr Sveikata pour ce second complément d'expertise à 1'050 francs.

28. Par prononcé du 5 septembre 2022, le juge délégué de la chambre patrimoniale a refusé l'introduction en procédure des pièces nouvelles 1001 à 1005 et des allégués nouveaux 341 à 353, telle que requise par l'appelante le 3 juin 2022.

La motivation était la suivante :

« [...] »

Je constate que la défenderesse entend introduire en procédure divers rapports d'observation établis entre les 5 au 7 avril 2022, les 12 et 13 mai 2022 et le 16 mai 2022 par un détective qu'elle a elle-même mandaté, de manière unilatérale (P. 1001 à 1003), ainsi que l'appréciation faite par deux médecins, qu'elle a également mandatés de manière unilatérale et dont l'un est son médecin-consultant, de ces rapports (P. 1004 et 1005). Je note par ailleurs que les nouveaux allégués consistent essentiellement en la mise en évidence de certains passages de ceux-ci.

Il ne fait aucun doute que les rapports d'observation et les rapports médicaux sont des moyens de preuve qui ont été établis après la clôture de la phase d'allégation et qu'ils sont ainsi, en soi, nouveaux. Ces moyens de preuve portent néanmoins sur l'état de santé du demandeur et son éventuelle incapacité, tels que ceux-ci existaient déjà durant la phase d'allégation. En effet, la défenderesse ne soutient aucunement dans sa requête que l'état de santé du demandeur se serait aggravé ou se présenterait différemment depuis lors, exposant au contraire que « la question de l'objectivabilité des plaintes et des handicaps émis par le demandeur a[vait] toujours suscité des doutes dans le cadre de la procédure » ; de même, dans ses observations du 31 août 2022, elle expose expressément que les nouvelles offres de preuve visent à contester l'affection de la mobilité alléguée par le demandeur (p. 3).

Conformément à la jurisprudence (cf. par exemple TF 4A_76/2019 du 15 juillet 2020 consid. 8.2 ; CACI 25 octobre 2021/513 ; TC FR, arrêt 101 2020 8 de la Cour d'appel civile du 9 février 2021 consid. 2.4.3), il y a lieu de considérer que ces moyens de preuve, qui résultent de la seule volonté de la demanderesse [*recte* : défenderesse] de mettre en œuvre un détective et de soumettre ses observations ainsi que d'autres pièces du dossier judiciaire à des médecins, dont son médecin-consultant, constituent non pas de vrais novas, mais des pseudo-novas. Il s'agit en effet de moyens de preuve créés après coup, à l'initiative d'une partie, qui auraient déjà pu exister avant la clôture de la phase d'allégation.

De tels novas potestatifs ne sont admissibles que si le plaideur a fait preuve de la diligence requise au sens de l'art. 229 al. 1 let. b CPC, c'est-à-dire si leur introduction en procédure après la phase d'allégation est excusable (ATF 146 III 416 consid. 5.3). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, dès lors que la défenderesse aurait

manifestement pu mettre en œuvre les mesures d'observation et en verser le résultat à la procédure durant la phase d'allégation, puisqu'elle contestait alors déjà les atteintes alléguées par le demandeur justifiant selon lui de retenir un degré d'invalidité anatomique de 100%, ce qui constitue du reste le cœur du litige. La maxime éventuelle n'autorise d'ailleurs pas une partie à n'offrir qu'une partie des moyens de preuve durant la phase d'allégation et, après la clôture de celle-ci, à offrir de nouveaux moyens de preuve, pour contrecarrer le résultat de l'instruction qui lui paraît défavorable (cf. Bastons Bulletti, in CPC Online 2020-N22, n° 3).

[...] ».

Le 11 janvier 2023, l'appelante a réitéré cette requête à l'audience de plaidoiries finales. Après avoir entendu les parties sur cette question et délibéré à huis clos, la chambre patrimoniale a rejeté ladite requête, précisant que cette décision serait motivée dans le jugement au fond.

En droit :

1.

1.1 Dans les affaires patrimoniales, l'appel est recevable contre les décisions finales de première instance pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 1 let. a et al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

1.2 En l'espèce, formés en temps utile par des parties qui ont un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), dirigés contre une décision finale, et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., les appels sont recevables.

Pour ce qui concerne la pièce produite par l'appelant à l'appui de son appel, la question de sa recevabilité en application de l'art. 317 al. 1 CPC peut rester ouverte, cette pièce n'étant pas déterminante.

2. Pour simplifier le procès, le juge peut notamment ordonner la jonction de causes (art. 125 let. c CPC). La jonction n'est pas conditionnée par des critères précis (ATF 142 III 581, SJ 2017 I 5), le seul critère étant celui de la simplification du procès, selon l'appréciation du tribunal (Haldy, Commentaire romand, Code de procédure civile, 2^e éd. 2019 [cité ci-après : CR-CPC], n. 6 ad art. 125 CPC).

Dès lors que deux appels ont été déposés par chacune des parties contre la même décision, il se justifie de joindre les appels, au sens de l'art. 125 let. c CPC, pour être traités conjointement dans le présent arrêt.

3.

3.1 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. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4D_7/2020 du 5 août 2020 consid. 5 ; TF 4A_215/2017 du 15 janvier 2019 consid. 3.4).

Si un point est critiqué et motivé et si la Cour d'appel peut donc entrer en matière, elle est ensuite libre dans l'application du droit (art. 57 CPC), n'étant liée ni par la motivation du tribunal de première instance, ni par celle de l'appelant. Si elle ne peut pas approuver le raisonnement du tribunal de première instance sur le point litigieux, elle doit procéder à une substitution de motifs, qu'il lui incombe de motiver (ATF 144 III 462 consid 3.2.2 ; TF 4A_218/2017 du 14 juillet 2017 consid. 3.1.2 ; TF 4A_376/2016 du 2 décembre 2016 consid. 3.2.2 ; CACI 6 juillet 2021/328 consid. 2). L'art. 29a Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) n'interdit pas une telle

substitution de motifs (TF 4A_278/2020 du 9 juillet 2020 consid. 2.3.3, RSPC 2020 p. 510).

Sous réserve des vices manifestes, l'application du droit d'office ne signifie pas que l'autorité d'appel doive étendre son examen à des moyens qui n'ont pas été soulevés dans l'acte d'appel. Elle doit se limiter aux griefs motivés contenus dans cet acte et dirigés contre la décision de première instance ; l'acte d'appel fixe en principe le cadre des griefs auxquels l'autorité d'appel doit répondre eu égard au principe d'application du droit d'office (ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 et 4.2.2 ; TF 5A_873/2021 du 4 mars 2022 consid. 4.2 applicable en appel).

3.2 Aux termes de l'art. 316 al. 3 CPC, l'autorité d'appel peut administrer les preuves. En l'occurrence, il résulte de ce qui sera développé ci-dessous (cf. *infra* consid. 8) qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par l'appelante, en lien avec sa requête d'introduire des novas correspondant aux allégués 341 à 353 et des nouvelles preuves constituées des pièces 1001 à 1005.

Appel de la K. _____ SA

4. Dans un premier grief, l'appelante conteste l'appréciation des preuves et fait valoir une constatation inexacte des faits. Elle se plaint que les premiers juges n'aient pas discuté le motif pour lequel l'expertise judiciaire devait l'emporter sur d'autres avis médicaux, en particulier « l'expertise pluridisciplinaire de [...] du 8 septembre 2015 » (ci-après : le rapport de [...]). Selon l'appelante, ce rapport de [...] « est aussi une expertise pluridisciplinaire, d'un organisme spécialisé et totalement indépendant ». Les magistrats auraient dû discuter et comparer les différents éléments de preuves et expertises figurant au dossier, ce qui les aurait conduits à avoir des doutes persistants. Au vu de tels doutes, ils auraient dû ordonner une « contre-expertise ». L'appelante estime en conséquence que son droit à la contre-preuve, déduit de l'art. 8 CC, et les

règles en matière d'appréciation des preuves et des expertises auraient été violés.

4.1

4.1.1 L'art. 8 CC règle en droit civil fédéral, d'une part, la répartition du fardeau de la preuve en l'absence de règles contraires, et d'autre part, donne à la partie qui en a la charge le droit d'apporter la preuve de ses allégués pertinents (ATF 141 III 241 consid. 3.1, JdT 2016 II 235 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6). De cette disposition est déduit un droit à la preuve et à la contre-preuve, à la condition qu'il s'agisse d'établir un fait pertinent, par une mesure probatoire adéquate, laquelle a été régulièrement offerte selon les règles de la loi de procédure applicable (ATF 129 III 18 consid. 2.6 et réf. cit. ; CPC on line ad art. 157 CPC du 16.01.2024). La répartition du fardeau de la preuve règle les conséquences de l'absence de preuve. En revanche, lorsqu'à l'issue de l'appréciation des preuves, un tribunal arrive à la conclusion qu'une allégation de fait est prouvée ou qu'elle est démentie, la répartition du fardeau de la preuve devient sans objet (ATF 141 III 241 consid. 3.2, JdT 2016 II 235).

Le principe prévu à l'art. 8 CC s'applique aussi dans le domaine du contrat d'assurance, l'ayant droit étant tenu de prouver les faits qu'il allègue pour en déduire son droit, soit l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du cas d'assurance et l'étendue de ses prétentions. Il incombe à l'assureur de prouver les faits qui l'autorisent à réduire ou à refuser la prestation contractuelle convenue ou qui rendent le contrat d'assurance non contraignant à l'égard de l'ayant droit (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.1, JdT 2005 I 618).

4.1.2

4.1.2.1 Aux termes de l'art. 157 CPC, le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées.

L'appréciation des preuves par le juge consiste, en tenant compte du degré de la preuve exigé, à soupeser le résultat des différents moyens de preuves administrés et à décider s'il est intimement convaincu

que le fait s'est produit, et partant, s'il peut le retenir comme prouvé. Lorsque la preuve d'un fait est particulièrement difficile à établir, les exigences relatives à sa démonstration sont moins élevées ; elles doivent en revanche être plus sévères lorsqu'il s'agit d'établir un fait qui peut être facilement établi, en produisant par exemple un document officiel (TF 5A_812/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.2).

4.1.2.2 Dans le domaine des assurances, la preuve de l'ayant droit quant à la réalisation du risque assuré et de l'étendue de la prétention étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite, de sorte qu'il suffit à l'ayant droit d'établir une vraisemblance prépondérante, laquelle ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, JT 2005 I 618 et réf. cit. ; TF 4A_445/2010 du 1^{er} décembre 2010 consid 2.3). 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 ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et réf. cit.).

L'assureur ayant un droit à la contre-preuve, il peut 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. Si la contre-preuve aboutit, les faits allégués par l'ayant droit ne sont pas établis, à savoir comme résultant d'une vraisemblance prépondérante, et la preuve principale est mise en échec. Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui ont été apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 et 3.5, JT 2005 I 618 ; TF 4A_431/2010 du 17 novembre 2010 consid. 2.4 ; TF 4A_186/2009 du 3 mars 2010 consid. 6.2.2 et 6.3 ; CACI 10 décembre 2018/696 consid. 3.2 et 3.3).

4.1.3

4.1.3.1 A ce jour, une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433, consid. 2.5.2, 2.5.3 et 2.6, SJ 2016 I 162 ; TF 5A_1040/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1.2 2^e § ; TF 5D_59/2018 du 31 août 2018 consid. 4.2.1 ; Vouilloz, Petit commentaire, CPC Code de procédure civile, 2021 [ci-après : Petit Comm - CPC], n. 10 ad art. 168 CPC), comme le sont des rapports médicaux, voire les courriers du médecin traitant, produits par une partie (TF 4A_243/2017 du 30 juin 2017 consid. 3.1.3 ; Vouilloz, Petit Comm - CPC, n. 11 ad art. 168 CPC et réf. cit.).

Le texte actuellement en vigueur de l'art. 168 al. 1 let. d CPC n'admet à titre de moyen de preuve que les expertises recueillies par le tribunal, de sorte que la jurisprudence du droit des assurances sociales (ATF 141 III 433, consid. 2.6, SJ 2016 I 162 ; ATF 125 V 351) n'est pas applicable dans le champ d'application du CPC. En effet, si les critères de qualité matérielle (étude circonstanciée des points litigieux, examens complets, plaintes exprimées par la personne examinée, anamnèse complète, description du contexte médical et appréciation de la situation médicale claires ainsi que conclusions dûment motivées) développés par la jurisprudence en droit des assurances sociales peuvent sans conteste s'appliquer en procédure civile pour ce qui concerne les expertises médicales, il n'en va pas de même des présomptions posées par la jurisprudence en droit social concernant la valeur probante d'une expertise médicale en fonction de sa provenance, qui ne sauraient être transposées d'une quelconque façon en droit privé (CACI 18 mars 2014/133 consid. 3.3.1 3^e §).

Une expertise privée réalisée par un médecin indépendant à la demande d'une des parties est considérée comme une simple allégation de partie et doit être appréciée avec retenue, dès lors qu'elle n'est en principe produite que si elle est favorable au mandant et que son auteur est dans un rapport de fidélité avec le mandant qui le rémunère. Cela vaut également lorsqu'elle est établie par un spécialiste établi et expérimenté, qui fonctionne par ailleurs comme expert judiciaire (ATF 141 IV 369 consid. 6.2, JT 2016 IV 160). Le fait qu'une expertise privée n'ait pas la

même valeur qu'une expertise judiciaire ne signifie toutefois pas encore que toute référence à une expertise privée dans un jugement soit constitutive d'arbitraire. Il se peut en effet que ladite expertise ne soit pas contestée sur certains points ou encore qu'elle se révèle convaincante, à l'instar d'une déclaration de partie. Il est également possible que l'expert privé, entendu comme témoin, confirme des éléments de fait précis de son rapport (TF 4D_71/2013 du 26 février 2014 consid. 2.5 et réf. cit.).

4.1.3.2 L'expertise judiciaire ordonnée par le tribunal au sens de l'art. 183 al. 1 CPC est aussi soumise à la libre appréciation des preuves (art. 157 CPC). Le tribunal l'examine selon les critères de l'intégrité, de l'intelligibilité et du caractère concluant (TF 4A_77/2007 du 10 juillet 2007 consid. 4.2), lesquels rejoignent les critères de qualité matérielle précités (cf. *supra* consid. 4.1.3.1 2^e§). Si ces critères sont remplis, l'expertise jouit d'une importante valeur probante. Concernant celle-ci, on rappellera que le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2), la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut pas exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 5C_706/2022 du 5 décembre 2023 consid. 3.2). En d'autres termes, il appartient au juge 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 (TF 4A_396/2015 du 9 février 2016 consid. 4.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale judiciaire, il ne suffit pas de prétendre que la mise en oeuvre d'exams complémentaires conduirait à des conclusions différentes ou qu'un médecin traitant a nécessairement une meilleure vision de la situation qu'un expert ; il faut bien plutôt établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de celle-ci ou en établir le caractère objectivement incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

4.1.3.3 Le juge civil peut utiliser, à titre de preuve, une expertise mise en oeuvre par une autre autorité dans une autre procédure. Une telle expertise « extérieure » a valeur probante dans la mesure où le juge civil respecte le droit d'être entendues des parties. Celles-ci doivent pouvoir prendre position sur le contenu de l'expertise, s'exprimer sur la personne de l'expert et poser des questions complémentaires. L'expertise extérieure est alors dotée de la même valeur probatoire qu'une expertise ordonnée par le juge civil lui-même, étant entendu que le juge civil en apprécie librement la force probante et reste libre d'ordonner une nouvelle expertise sur les mêmes questions si l'expertise extérieure prête le flanc à la critique (ATF 140 III 24 consid. 3.3.1.3, JdT 2016 II 308 ; TF 4A_410/2021 du 13 décembre 2021 consid. 3.2 et réf. cit. ; TF 4A_54/2021 du 28 octobre 2021 consid. 4.2).

Si l'expertise n'a pas été requise par une autre autorité dans une autre procédure, il s'agit d'une expertise privée (TF 4A_9/2018 du 31 octobre 2018 consid. 5.2.1 et 5.2.2). L'expertise privée étant une allégation de partie, et non un moyen de preuve au sens de l'art. 168 CPC, elle ne saurait à elle seule avoir une valeur probante, si elle est contestée de manière motivée par la partie adverse. Elle peut cependant être probante, si elle est corroborée par des indices qui, eux, sont établis par des preuves (TF 4A_410/2021 du 31 décembre 2021 consid. 3.2 et réf. cit. ; TF 5A_1040/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1.2 ; cf. *supra* consid. 4.1.3.1 3^e §). Cela implique que si les faits allégués soumis à la preuve par

expertise privée sont contestés par une motivation précise sur chaque fait de la part de la partie adverse, et non en bloc, l'expertise privée est susceptible d'apporter la preuve des faits allégués soumis à cette preuve si elle est combinée avec des indices établis par des moyens de preuve au sens de l'art. 168 CPC. Si l'expertise privée ne s'appuie pas sur de tels indices, elle doit être considérée comme une allégation contestée et non prouvée (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et réf. cit., SJ 2016 I 162).

4.1.3.4 On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet. Par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et réf. cit.).

4.2 Dans le cadre de son grief, l'appelante ne distingue pas l'expertise judiciaire des autres preuves constituées de rapports ou d'avis médicaux demandés hors procès par les parties. Alors que l'expertise judiciaire établie le 29 novembre 2019 constitue une preuve requise par la chambre patrimoniale dont les juges ne peuvent s'écarter sans motifs impératifs, les avis médicaux établis précédemment à la demande des parties ne constituent, bien qu'intitulés expertises, que des allégations de parties. A cet égard, on relèvera, s'agissant du rapport de [...], que l'appelante a mandaté la [...], qu'elle a préparé elle-même les questions et qu'elle a assumé les coûts y relatifs. On ne saurait y voir un institut

indépendant comme le plaide l'appelante, à tout le moins son « indépendance » diffère totalement de celle d'un expert judiciaire. Au vu du grief de l'appelante, il convient d'examiner si compte tenu de ces différents rapports médicaux dits « privés », les premiers juges auraient dû s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire.

4.3

4.3.1 L'appelante veut que soit pris en compte le fait que l'appelant aurait envisagé une reprise de son activité professionnelle dès le mois de mai 2002, d'ici quelques mois selon lui. Cela serait-il vrai qu'il n'a toutefois d'une part jamais dit qu'il pourrait la reprendre à plus de 25 %, d'autre part et surtout cette espérance, vu l'état de santé de l'appelant, ne s'est jamais réalisée. De telles espérances, ressortiraient-elles vraiment des pièces en question, sont ainsi totalement impropres à remettre en question les conclusions de l'expertise judiciaire, qui est au demeurant claire, complète et circonstanciée, les experts prenant notamment position sur les différents avis médicaux importants émis préalablement.

4.3.2 L'appelante cite également les avis des Drs [...] et [...] de décembre 2003 et 31 mars 2004. Ceux-ci ont été mandatés par l'appelante de sorte que leurs avis constituent de simples allégations de partie. Au demeurant l'appelante se contente de reprendre les conclusions de ces médecins sans dire pour quel motif elles devraient prévaloir sur les conclusions de l'expertise judiciaire menée elle aussi par des médecins. Quant à l'accompagnement psychologique que l'appelant n'aurait pas fait, cela est contredit par les éléments du dossier dont l'expertise judiciaire qui relève un suivi de plusieurs années, notamment auprès du Dr [...], psychiatre, entre 2001 et 2016, puis auprès du Dr [...], à raison de séance individuelle biannuelles et de séances bimensuelles de thérapie groupale (cf. rapport psychiatrique initial p. 7).

4.3.3 L'appelante invoque ensuite la décision de l'assurance-invalidité du 23 décembre 2005 par laquelle l'OAI avait retenu un degré d'invalidité de 70% et une capacité de travail exigible estimée à 30 %, après un examen dont on ignore toutefois le contenu, et avait accordé une

rente entière à l'appelant. Celui-ci n'avait donc aucun intérêt à contester cette décision, dans la mesure où sa contestation n'aurait porté que sur l'augmentation du taux d'invalidité. Dans ces conditions, le fait pour l'assurance-invalidité de retenir un taux d'invalidité de 70 % ne saurait suffire pour mettre à mal la valeur probante donnée à l'expertise judiciaire.

L'appelante invoque le contenu de la pièce 137, soit un avis médical du 14 septembre 2004 du Service médical régional AI, pour se prévaloir de l'existence de doutes de la part de ce service quant aux plaintes de douleurs émises par l'appelant. Cependant, l'appelant n'expose pas si et quand ces faits auraient été allégués en première instance ou pour quelle raison ils n'auraient pas pu être invoqués devant cette autorité. Leur omission dans l'état de fait étant insuffisamment motivée, ces faits ne sauraient être pris en considération dans le cadre de l'appel. Au demeurant, compte tenu du contexte, ces faits ne suffisent pas à ébranler la valeur probante donnée à l'expertise judiciaire, cela même en tenant compte d'autres éléments invoqués par l'appelante que sont l'avis du 31 janvier 2006 du Dr [...] et la décision du 8 février 2006 de l'appelante retenant un taux d'atteinte à l'intégrité corporelle de 30 %.

Cela dit, ces éléments invoqués par l'appelante, soit le courrier de l'assurance-invalidité du 23 décembre 2005 et l'avis médical du Service régional de l'AI du 14 septembre 2004, ne permettent pas de retenir un taux de travail, même espéré, de plus de 30 %, l'appelante ayant elle-même souligné que l'assurance-invalidité avait reconnu un taux d'invalidité de 70 %. Dans ces conditions, on ne peut suivre le raisonnement de l'appelante qui s'étonne que ce taux, vingt ans après l'accident, soit retenu à hauteur de « 70 % » (cf. appel de l'appelante, p. 6 ch. 5).

4.3.4 L'appelante invoque d'autres procédures.

4.3.4.1 Le fait que les parties aient été opposées dans une procédure de surindemnisation, pour d'autres prestations que celle ici objet du litige, est sans portée sur la question litigieuse du taux d'invalidité à retenir ici.

4.3.4.2 L'appelante invoque sa décision du 8 février 2006 relative au dommage permanent, fondé sur un taux d'atteinte à l'intégrité corporelle de 30%, que l'appelant n'a pas attaquée. Il ne s'agit ainsi que de l'opinion exprimée par l'appelante, qui n'a pas été examinée par une autorité judiciaire. On relève au demeurant que le 27 janvier précédent l'appelante avait admis un taux d'invalidité de 70%. De tels éléments, qui plus est tels que formulés, ne sont pas propres à remettre en question la valeur probante donnée aux observations et conclusions des experts judiciaires, dûment justifiées et faites dans un cadre neutre. Ils ne permettent pas non plus de soutenir, comme le voudrait l'appelante, ne serait-ce qu'en prenant en considération la décision de l'assurance-invalidité d'accorder une pleine rente à l'appelant et celle de l'appelante de lui reconnaître un taux d'invalidité de 70%, qu'il n'y aurait pas de « modification ou d'avis divergeant » sur quinze ans par rapport au taux de 30% articulé en 2003. C'est inexact.

4.3.4.3 L'appelante invoque l'appréciation de la Cour de céans dans un arrêt du 17 décembre 2012 rendu dans le cadre d'un procès portant sur le capital d'invalidité à la suite de l'accident du 20 février 2001 et des blessures consécutives. Dans cet arrêt, il a été admis qu'on ne pouvait pas retenir une atteinte à l'intégrité pour troubles psychiques, notamment en relation avec les troubles du sommeil, fatigue diurne ou autre atteinte neuropsychologique (problèmes digestifs, atteinte sexuelle, hyposomnie). Ces éléments figurent dans l'état de fait du jugement querellé et ont été repris (cf. *supra* ch. 16, spéc. consid. 4 de l'arrêt précité let. b). Pour le surplus, la force probante à donner aux avis du Dr [...] sera examinée ci-après (cf. *infra* consid. 5.2.3.1).

4.3.4.4 L'appelante invoque enfin les témoignages de ses gestionnaires de dossier, ne citant le nom que d'un témoin, qui auraient affirmé que l'appelant n'était pas preneur d'un soutien psychologique,

accompagnement ou adaptation de poste permettant une reprise de son activité professionnelle. On ignore toutefois quelles conditions ont été proposées, à quel moment et dans quelles circonstances de sorte qu'on ne voit pas en quoi de tels prétendus témoignages, qui plus est des employés de l'appelante, exerceraient une quelconque influence sur la portée à donner à l'expertise judiciaire et notamment au taux qu'elle retient.

4.3.4.5 L'appelante invoque la pièce 195, soit une décision du 15 août 2017 par laquelle l'OAI a suspendu à titre prévisionnel la rente d'invalidité allouée à l'appelant et dans laquelle l'OAI invoquerait de sérieux doutes sur les plaintes de ce dernier, ainsi qu'une attitude inauthentique (cf. *supra* ch. 24). Toutefois, l'appelante n'indique pas si et où les propos discréditant l'appelant qu'elle tente de tirer de cette pièce auraient été allégués. Dès lors, insuffisamment motivé, le grief d'appréciation des preuves, respectivement de constatation inexacte des faits, est irrecevable.

4.3.5 L'appelante invoque l'avis des médecins exprimé dans le rapport de la [...]. Comme exposé ci-dessus, il s'agit d'un avis médical demandé, certes avec l'accord de l'appelant mais qui n'avait pas d'autre choix que d'acquiescer, par l'appelante, sur la base de ses questions et en sachant qu'elle rémunérerait elle-même cet institut. Concernant le rapport de [...], les experts judiciaires ont détaillé, dans leur complément d'expertise, les motifs pour lesquels les réflexions des médecins de la [...] ne pouvaient être suivies, ce que les premiers juges ont constaté, en détail, dans la partie « fait » et repris dans la partie « droit » (consid. 5 f aa du jugement querellé) avant de se déclarer convaincus par le raisonnement des experts judiciaires. Cela suffit pour comprendre que les premiers juges ont examiné la valeur probante à donner à l'expertise judiciaire, d'une part, et à l'avis des médecins de la [...], d'autre part, puis décidé de ne pas s'écarter des raisonnements et conclusions des experts judiciaires. En effet, ces derniers ont travaillé selon les règles de l'art, rencontrant à plusieurs reprises également l'appelant à l'instar des médecins de la [...] et tenu des raisonnements clairs et détaillés, motivés et convaincants. Notamment, les experts judiciaires ont non seulement

expliqué de manière concluante la raison pour laquelle ils avaient émis une première opinion sans tenir compte des avis précédents, mais également exposé le motif pour lequel ces avis ne pouvaient prévaloir, soit la faiblesse des raisonnements sur lesquels reposaient les conclusions. Pour le surplus, l'argument selon lequel l'expertise judiciaire s'est déroulée près de vingt ans après les faits de l'accident, alors que le rapport de [...] a été établi plus de quatorze ans après, n'est pas pertinent pour imposer de retenir les conclusions du second en lieu et place de celles de la première. Le grief selon lequel les premiers juges n'auraient pas confronté les deux avis est ainsi erroné. On ne peut enfin qu'être convaincu par l'avis des experts judiciaires, on le souligne encore, dûment motivé en ce qui concerne la valeur des appréciations et avis émis dans le rapport de [...], et adhérer à leur raisonnement. Dans ces circonstances, il n'y a clairement pas lieu d'écarter les conclusions de l'expertise judiciaire au profit de celles du rapport des médecins de la [...].

4.3.6 Il résulte de ce qui précède que les griefs d'appréciation des preuves et de constatations des faits inexacts formulés par l'appelante sont rejetés.

5. L'appelante se plaint de l'« absence d'allégations conformes aux art. 55 et 150 CPC – Etat de fait incorrect et violation du fardeau de la preuve selon l'art. 8 CC ».

5.1 Aux termes de l'art. 55 al. 1 CPC, les parties allèguent les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions et produisent les preuves qui s'y rapportent.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, des faits non allégués par les parties mais révélés par l'administration des preuves (faits dits exorbitants) ne peuvent être pris en compte que s'ils se situent encore dans le cadre des faits allégués, de sorte qu'ils sont couverts par ces derniers (ATF 142 III 462 consid. 4.3 et 4.4, SJ 2016 I 429). Ils ne font alors que concrétiser des faits déjà suffisamment allégués. Cela suppose que les

faits aient été allégués dans leurs contours essentiels, d'une manière conforme à l'expérience de la vie, à défaut de quoi ils ne pourront pas être pris en considération (TF 4A_195/2014 et TF 4A_197/2014 du 27 novembre 2014 consid. 7.3.4 non publié in ATF 140 III 602). Dans une affaire de responsabilité civile (TF 4A_33/2015 du 9 juin 2015 consid. 6), le Tribunal fédéral a ainsi retenu qu'il n'était pas admissible qu'un expert doive établir la quasi-totalité des faits pertinents alors que la partie demanderesse n'avait rien allégué au sujet du déroulement de l'accident en cause. Ainsi, lorsque les faits ne sont pas suffisamment allégués, le tribunal ne peut pas en tenir compte dans son jugement, alors même qu'ils seraient prouvés (ATF 142 III 462 consid. 4.3, SJ 2016 I 429 ; voir aussi Bohnet, Alléguer et conclure en procédure matrimoniale, in : Symposium en droit de la famille, Genève 2020, p. 1-26, N 67).

5.2

5.2.1 A l'appui de son grief, l'appelante invoque que la demande n'aurait contenu aucun allégué soumis à la preuve par expertise et que de tels allégués n'auraient figuré que dans la réplique. Que les allégués figurent dans la demande ou dans la réplique est sans pertinence, au vu de ce qui suit.

5.2.2 Pour le surplus, l'appelante fait valoir que les allégués 269 à 272 et 279, les seuls soumis à la preuve par expertise, seraient particulièrement « laconiques et vagues ». Selon elle, les faits résultant de l'expertise judiciaire qui n'auraient pas été allégués et qui ne pouvaient être compris dans le contour des allégués soumis à expertise, n'auraient pas dus être retenus. Or, contrairement à ce qu'elle prétend, le contenu des allégués soumis à expertise était suffisamment clair et précis pour qu'un expert soit mis en œuvre pour examiner si l'appelant avait subi à la suite de l'accident des atteintes à l'intégrité et à quel taux d'invalidité de telles atteintes correspondaient. D'ailleurs, l'allégué 269 « [l]e taux fixé par le Dr [...] pour l'atteinte neurologique et ses séquelles douloureuses, de 30 %, est trop bas » suffisait à lui seul, ce que l'appelante reconnaît elle-même. On relèvera en outre que les autres allégués non soumis à l'expertise indiquaient suffisamment les différentes atteintes subies et

séquelles en résultant. Au demeurant, l'appelante se contredit lorsqu'elle invoque l'insuffisance de ces allégués pour statuer sur le taux d'invalidité, alors qu'elle requiert elle-même comme mesure d'instruction, pour établir ce taux, une contre-expertise portant précisément sur ces prétendus allégués insuffisants (appel, p. 20).

Par surabondance, on relève que par ce grief, l'appelante se contente d'invoquer quel allégué serait ou non établi, respectivement de critiquer les constats des experts judiciaires, cela sans aucune référence et de manière difficilement compréhensible. Elle mentionne par exemple que les experts qui ont admis un risque indiqué dans un allégué n'auraient pas « confirmé cet allégué de façon formelle ». Finalement, on relève que la question était de savoir si l'appelant devait se voir reconnaître, du fait de l'accident, un taux d'invalidité. Cette question, d'ordre technique, devait être soumise à expertise ce qu'elle a été. En revanche, l'appelant n'avait pas, comme semble le soutenir l'appelante, à alléguer exactement le nom de chaque symptôme qui conduisait à la reconnaissance de cette invalidité et la composition de son taux, sous peine de ne pouvoir tenir compte de ce symptôme. Cela était l'objet de l'expertise, sauf à penser que le demandeur devrait établir un rapport d'expertise détaillant lui-même tous les symptômes et notamment leur nom exact, que l'expert n'aurait plus qu'à approuver ou non. Au demeurant, les explications résultant des rapports d'expertise judiciaire au sujet des différents symptômes qui conduisent à retenir le taux d'invalidité ici litigieux et qui indiquent précisément les symptômes médicalement établis, se situent encore dans le cadre des faits allégués, de sorte qu'ils sont de toute façon couverts par ces derniers.

Le grief de violation de l'art. 55 CPC est ainsi infondé, comme celui d'un état de fait incorrect. On ne voit au surplus pas en quoi, par un tel argument, l'art. 8 CC aurait pu être violé. La requête « à titre subsidiaire ou à défaut » qu'une expertise judiciaire complémentaire soit ordonnée, fondée sur un tel raisonnement, doit être écartée, faute de tout motif convaincant la justifiant.

5.2.3 L'appelante conteste encore la valeur probante donnée par les premiers juges à l'expertise judiciaire.

5.2.3.1 Le fait que l'expertise judiciaire s'écarte de certains « avis » préalables ne suffit pas à lui seul pour écarter la valeur probante de l'expertise judiciaire ; cela d'autant plus, d'une part, au vu des critiques dûment motivées et convaincantes formulées par les experts judiciaires contre ces avis et, d'autre part, du fait que d'autres avis retenaient des taux d'invalidité proches du taux objet du litige, soit 70 %, ou nettement supérieur, comme dans l'expertise principale du Dr [...] mentionnant un taux de 100 % (cf. *supra* ch. 16). A cet égard, l'appelante se contredit, d'un côté, en invoquant la valeur probante du rapport des médecins de la [...], établi à sa demande et, d'un autre côté, en réfutant la valeur probante de l'expertise du Dr [...] au motif qu'il s'agirait « d'une expertise privée sollicitée par le demandeur lui-même » (appel, p. 12 ch. 2). C'est au demeurant faire erreur puisque le Dr [...] a été mis en œuvre par la justice dans le cadre d'une expertise judiciaire, et non à la demande d'une partie.

5.2.3.2 L'appelante se plaint que les experts judiciaires n'aient pas analysé les rapports précédents. Ils l'ont toutefois fait, à la demande de l'appelante dans leur complément d'expertise où ils ont confirmé les conclusions de leur rapport. Le grief est vain.

5.2.3.3 L'appelante soutient qu'il serait faux d'affirmer que « les expertises et contre-expertises seraient contradictoires » et prétend que « l'immense majorité va dans le même sens » et qu'aucune explication cohérente n'est donnée sur le fait que le taux passerait subitement de 30 à 75 %. Comme on l'a vu, les différents avis rendus précédemment ont divergé, l'appelante elle-même reconnaissant à un moment donné un taux d'invalidité de 70 %. De plus, les experts judiciaires ont clairement justifié sur la base de quels symptômes et atteintes ils retenaient un taux d'invalidité de 75%. Le grief est vain.

5.2.3.4 L'appelante prétend que les experts judiciaires auraient confondu les notions d'atteinte à l'intégrité physique et d'incapacité de

travail. A titre de preuve, elle cite la conclusion figurant en page 2 de l'expertise complémentaire du 28 septembre 2020 (cf. *supra* ch. 27.2) en reprenant uniquement les termes « [u]ne reprise du travail comme pharmacien dans des conditions adaptées pourrait se faire à 25 % ». Or, ce passage est précédé de conclusions des experts qui ont confirmé une atteinte à l'intégrité de 75 % selon une adaptation personnalisée au patient des échelles « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA » et ont distingué les différentes atteintes, sans mentionner la notion d'incapacité de travail. Il n'y a aucune confusion possible (cf. *supra* ch. 27.2). Au demeurant, bien que l'appelante se réfère aux réponses données sous le ch. 8 de la sous-expertise du 29 novembre 2019 pour démontrer cette confusion, elle n'indique pas en quoi une telle confusion serait susceptible de discréditer les conclusions des experts judiciaires. Ce grief, du reste insuffisamment motivé, n'est donc pas déterminant.

5.2.3.5 L'appelante tort ensuite les faits en affirmant que les experts auraient admis n'avoir « aucune explication à donner sur les causes des traumatismes dont se plaint le demandeur ». En effet dans leur complément d'expertise, ils indiquent uniquement, s'agissant seulement de problème de somnolence diurne et non pas de tous les traumatismes dont l'appelant souffre, qu'ils n'ont pas « d'explication simple » et non pas qu'ils n'ont pas d'explication.

5.2.3.6 L'appelante conteste encore la valeur probante de l'expertise judiciaire en alléguant que les experts admettent que l'appelant prend des médicaments alors que cela a pu être aisément contredit dans le cadre du rapport établi par les médecins de la [...]. Faute pour elle d'alléguer les passages précis où ce fait serait retenu dans l'expertise judiciaire, et contesté dans le rapport de [...], le grief apparaît insuffisamment motivé. Il est dès lors irrecevable.

5.2.3.7 Dans la même veine, l'appelante conteste l'appréciation des experts judiciaires selon laquelle l'appelant aurait modifié son mode de vie ou qu'il conduirait toujours malgré ses accès de somnolence, au motif que cette appréciation ne serait aucunement expliquée. Ces deux

appréciations sont dûment expliquées dans les passages du complément d'expertise reproduits en p. 43 et p. 45 du jugement querellé. L'appelante ne semble avoir lu attentivement ni l'une ni l'autre. Il en est de même concernant l'appréciation portant sur la natation que l'appelante pratique encore, ce dont s'étonne l'appelante.

5.2.3.8 L'appelante soutient encore que les experts judiciaires n'auraient donné aucune explication sur les raisons qui les poussent à modifier considérablement l'appréciation médicale de l'atteinte à la gravité, vingt ans après les faits. Les experts n'ont pas « modifié » dite appréciation. Ils devaient pour la première fois y procéder. En outre, une fois encore, ils ont dûment exposé le motif pour lequel les avis favorables à l'appelante ne pouvaient être suivis, ce que cette dernière ne critique pas, se contentant de l'ignorer. Concernant l'attitude de l'appelant, celui-ci a été suivi psychologiquement (cf. *supra* ch. 27.1 n° 5 « Informations éventuelles... »), contrairement à ce que prétend l'appelante. A cet égard, d'une part, on ignore les mesures de réinsertion acceptables et réalisables qui lui auraient été proposées et qu'il aurait refusées de manière « systématique et permanente » (appel, p. 13 let. j), puis, d'autre part, l'appelante n'en dit rien. Le grief est dès lors vain.

5.2.3.9 L'appelante cite la page 14 du complément d'expertise de la Dre Benzakour. On ne retrouve pas ce passage, de sorte que les critiques y relatives ne peuvent être qu'écartées.

5.2.3.10 L'appelante conteste également l'existence d'un lien de causalité.

Les experts l'ont admis, en indiquant notamment dans leur complément d'expertise qu'à la « suite de l'accident de la route en 2001, le patient expertisé souffre au premier plan de douleurs neuropathiques chroniques invalidantes » (4^e § du rapport complémentaire du 28.09.2020, cf. *supra* ch. 27.2) qui sont en lien avec un trouble digestif à type de constipation et un trouble neurocognitif léger sous forme d'un trouble de la concentration et d'un trouble dysexécutif léger (7^e § du rapport

complémentaire du 28.09.2020, cf. *supra* ch. 27.2). Les experts poursuivent directement en indiquant que « [l]’ensemble de ces éléments nous amène à confirmer notre estimation initiale d’une atteinte à l’intégrité de 75% selon une adaptation personnalisée au patient des échelles « Indemnisation des atteintes à l’intégrité selon la LAA » (dans la mesure où celles-ci sont applicables) (p. 20 notre expertise neurologique) :

- trouble sensitif et moteur lié à une atteinte des racines L2-S5, avec douleurs intenses (équivalent au syndrome de la queue de cheval partiel)
- 40 %[…],
- atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration - 20 %[…],
- troubles digestifs (5%),
- troubles du sommeil liés aux douleurs (10%) [...],
- trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante - non évaluable selon ces tableaux. » (8^e § du rapport complémentaire du 28.09.2020, cf. *supra* ch. 27.2).

Dans leur rapport principal, les experts ont en outre retenu que l’appelant « souffr[ait] de douleurs neurogènes très importantes, séquellaires d’atteinte des racines lombo-sacrées au niveau L2-S5 à droite secondaires aux traumatismes subis pendant l’accident » (cf. *supra* ch. 27.1 *ab initio* 2^e §). Ils ont estimé que ces « séquelles neurologiques sous forme de douleurs neuropathiques chroniques » (cf. *supra* ch. 27.1, réponse à l’allégué 269) avaient des conséquences tant directes (trouble de la marche par boiterie antalgique) qu’indirectes, mentionnant à ce titre des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, une fatigue chronique, des troubles cognitifs sous la forme de troubles exécutifs et des troubles digestifs consécutifs aux effets secondaires des traitements médicamenteux et à l’atteinte des racines sacrées. Compte tenu de leur lien avec les douleurs chroniques, ces « phénomènes collatéraux » sont donc englobés dans la garantie d’assurance (cf. *supra* ch. 27.2, annexe 1, réponse 2). De telles conclusions permettent clairement de retenir que les experts ont considéré que les atteintes retenues étaient en rapport de causalité naturelle avec l’accident. Les critiques de l’appelante sont à cet égard infondées. Pour le surplus, l’appelante prétend que les experts judiciaires n’ont pas non plus examiné la question du lien de causalité, sous l’angle suivant : « Par surabondance, et si l’on exclut le stress post-traumatique comme le font les experts des HUG, ce type d’appréciation médicale sort

totallement des CGA ou de l'assurance conclue par le demandeur ou son employeur ». Or, la manière de présenter le grief par l'appelante est peu compréhensible et ne permet pas non plus de l'expliquer. Ce grief doit donc être rejeté.

5.2.3.11 L'appelante estime aussi que l'expertise judiciaire contiendrait une « incohérence de taille » dès lors qu'en admettant un taux d'invalidité de 75 %, le cas de l'appelant serait assimilé à des cas d'assurance « type cécité complète, paraplégie, surdité totale ». Or, selon elle, il n'existerait aucun allégué prouvé qui puisse assimiler le cas de l'appelant à ce type d'atteinte. Le grief est téméraire. En effet, les conditions générales de l'appelante prévoient l'addition des différents taux résultant des différentes pertes ou incapacités. Dès lors, le fait que la somme liée à la gravité des atteintes de l'appelant constatées par les experts atteigne un pourcentage élevé, n'a rien d'incohérent.

5.2.3.12 Au vu de ce qui précède, les griefs de l'appelante concernant la valeur probante à donner à l'expertise judiciaire, et partant celle à donner aux autres avis médicaux ou décisions en ce sens qu'ils s'en éloignent, sont infondés. Dès lors, l'appréciation des premiers juges selon laquelle il n'y a pas lieu de s'écarter de l'expertise judiciaire doit être confirmée.

6. L'appelante estime que les premiers juges n'ont pas examiné clairement les « conséquences de la répartition du fardeau de la preuve et surtout la question de l'absence ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les plaintes formulées par l'appelant et la réalité objective des conséquences de l'accident de 2001 » (appel 15).

6.1 Le rapport de causalité présente deux aspects : la causalité naturelle, soit un rapport de cause à effet, et la causalité adéquate, qui implique de la part du juge de faire usage de son pouvoir d'appréciation de cas en cas, selon les règles du droit et de l'équité conformément à l'art. 4 CC (CACI du 19 décembre 2022/617 consid. 3.2.2).

Un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions *sine qua non*, c'est-à-dire lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit (ATF 128 III 174 consid. 2b 10^e §, JT 2003 I 28 ; TF 4A_695/2016 du 22 juin 2017 consid. 2.1 ; TF 2C_132/2017 du 16 octobre 2018 consid. 7.4). Il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (ATF 143 III 242 consid. 3.7 ; TF 4A_337/2018 du 9 mai 2019 consid. 4.1.4 ; TF 2C_132/2017 du 16 octobre 2018 consid. 7.4). La constatation du rapport de causalité naturelle relève du fait (ATF 143 III 242 consid. 3.7).

La chaîne des événements en rapport de causalité naturelle avec la survenance d'un préjudice est infinie ; la théorie de la causalité adéquate permet de fixer une limite juridique à l'obligation de réparer un préjudice. Selon cette théorie, une cause naturelle à l'origine d'un préjudice n'est opérante en droit que si le comportement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, de sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (ATF 143 III 242 consid. 3.7 ; TF 4A_302/2020 du 15 octobre 2020 consid. 5.2 et réf. cit.). Pour savoir si un fait est la cause adéquate d'un préjudice, le juge procède à un pronostic rétrospectif objectif : se plaçant au terme de la chaîne des causes, il lui appartient de remonter du dommage dont la réparation est demandée au chef de responsabilité invoqué et de déterminer si, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie humaine, une telle conséquence demeure dans le champ raisonnable des possibilités objectivement prévisibles, le cas échéant aux yeux d'un expert ; à cet égard, ce n'est pas la prévisibilité subjective mais la prévisibilité objective du résultat qui compte (ATF 119 Ib 334 consid. 5, rés. in JdT 1995 I 606, et réf. cit. ; TF 4A_22/2020 du 28 février 2020 consid. 7 et arrêts cités ; TF 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 4.1, publié in SJ 2007 I 238 ; Werro/Perritaz, Commentaire romand, Code des obligations I, Art. 1-252 CO, [ci-après : CR-CO I], 2021 n° 43 ad art. 41 CO).

Le fardeau de la preuve du lien de causalité, tant naturelle qu'adéquate, appartient au lésé qui fait valoir son droit à la réparation du dommage (art. 8 CC ; ATF 130 III 321 consid. 3.1, JdT 2005 I 618 ; Werro/Perritaz, CR-CO I, 2021 n° 49 ad art. 41 CO). Selon la jurisprudence, une preuve stricte n'est pas exigée pour établir le lien de causalité, une vraisemblance prépondérante étant suffisante (ATF 133 III 462 consid. 4.4.2, JdT 2009 I 47 ; ATF 133 III 81 consid. 4.2.2, JdT 2007 I 309 ; Werro/Perritaz, CR-CO I, 2021 n° 49 ad art. 50 CO ; cf. *supra* consid. 4.1.2.2).

6.2 En l'état, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose que si la preuve n'est pas apportée, ici au stade de la vraisemblance prépondérante. La question n'est pas ensuite de savoir s'il y a un rapport de causalité entre les « plaintes formulées par l'appelant » et la « réalité objective des conséquences de l'accident 2001 », mais d'examiner si l'invalidité constatée par les experts, découlant des atteintes qu'ils ont également constatées est en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

Or, comme exposé ci-dessus, les experts judiciaires ont retenu un rapport de causalité naturelle entre les symptômes et atteintes constituant l'invalidité d'une part et l'accident d'autre part. Rien ne permet de s'écarter d'un tel constat, l'appelante n'alléguant, d'ailleurs, de manière convaincante aucun élément qui pourrait le mettre en doute.

Concernant la causalité adéquate, celle-ci a également été retenue par les premiers juges, qui ont examiné la question contrairement à ce que soutient l'appelante (cf. jugement p. 76). A cet égard, la Cour estime que l'accident tel qu'il s'est passé était propre à entraîner les atteintes physiques et psychiques retenues, vu la gravité de l'accident, les atteintes physiques et neurologiques constatées et incontestables, la durée de ces atteintes propres à causer, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, des troubles symptomatologiques somatiques avec douleur prédominante et trouble cognitif léger de type exécutif dans un contexte algique. En revanche, l'appelante se contente

de le nier, sans rendre sa critique vraisemblable, ni faire naître un quelconque doute à ce sujet. Son assertion selon laquelle il conviendrait d'examiner la question de la *rupture* du lien de causalité revient par ailleurs à admettre en premier lieu un tel lien, avant prise en compte d'éléments qui le rompraient. Or sur ces derniers et comme déjà dit ci-dessus, l'appelante ne peut être suivie lorsqu'elle reproche une mauvaise collaboration de l'appelant, celle-ci n'étant nullement établie, encore moins de nature à pouvoir envisager une rupture du rapport de causalité.

Afin de fonder sa thèse, l'appelante invoque encore que selon le jugement attaqué, l'état de l'appelant était stabilisé fin 2003 et donc qu'il serait contradictoire d'imaginer que d'autres types d'affectations potentiellement diagnostiquées en 2019-2020 puissent avoir un lien suffisant avec l'accident. Ce n'est pas ce que dit le jugement et ce qu'il convient de retenir : une atteinte a pu être considérée comme permanente en 2003 ce qui ouvrait le droit à l'indemnité litigieuse. Que l'entier des atteintes ait été diagnostiqué via une expertise judiciaire en 2019 seulement n'enlève en revanche rien à leur réalité et au lien qui existe avec l'accident. Le seul écoulement du temps ne saurait à cet égard suffire, pas plus que le fait que ces atteintes n'aient pas été reconnues plus tôt, notamment par les médecins auteurs du rapport de la [...] dont les experts judiciaires ont relevé les incohérences et insuffisances de manière convaincante.

7. L'appelante invoque que les affectations ne rentreraient pas dans le cadre contractuel et légal défini par le ch. 8 CGA et l'annexe 3 de l'OLAA auquel renvoie ce chiffre.

7.1 En ce que l'appelante conteste le taux de 40 % retenu par les experts pour le trouble sensitif et moteur, en se référant à ses griefs précédents, sa critique ne peut que recevoir le même sort. Pour le surplus, l'appelante se contente ici de contester les différentes atteintes constatées par les experts, ce en avançant encore une fois les éléments qui ont été examinés et rejetés ci-dessus. On ne peut en conséquence que

rejeter également son grief, les atteintes de douleurs neurogènes étant constatées et quantifiées de manière suffisante et convaincante par les experts judiciaires, de même que le rapport de causalité entre l'accident et ces atteintes étant établi en fait et en droit à suffisance. Il s'ensuit que les atteintes, qui ont été qualifiées par les experts au vu du barème figurant dans l'annexe 3 de l'OLAA, respectivement en l'appliquant par analogie comme le permettraient les conditions générales de l'appelante, rentrent bien dans les atteintes indemnissables selon les CGA. Celles-ci déclarent que les parties sont engagées par les taux indiqués dans ce barème, respectivement que celui-ci sera appliqué par analogie aux atteintes qui n'y figureraient pas.

8. Dans un dernier grief, l'appelante invoque une violation de l'art. 229 CPC, soit une violation du droit d'être entendu et du droit à la contre-preuve déduit de l'art. 8 CC. L'appelante a introduit une requête de *nova* tendant à l'introduction de nouveaux allégués se référant à un rapport de détective privé d'évaluation en situation et de deux rapports médicaux, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une contre-expertise au vu des éléments nouveaux produits. L'appelante critique le rejet de ses conclusions incidentes en admission de *nova* et d'une contre-expertise.

En substance, l'appelante fait valoir qu'elle n'aurait pas pu faire établir un rapport de proximité par un détective privé avant avril-mai 2022, car toute activité a été largement limitée jusqu'au printemps 2022. On ne saurait dès lors selon elle parler de tardivité dans de telles circonstances.

L'appelant a pris des conclusions contre l'appelante le 28 avril 2014. Celle-ci aurait pu à ce moment-là récolter les preuves qu'elle invoque aujourd'hui, comme elle aurait pu le faire durant les nombreuses années qui ont suivi. A cet égard, on souligne que l'appelante ne conteste pas que les faits en question ne sont pas nouveaux au sens de l'art. 229 al. 1 let. a CPC, cela à juste titre dès lors qu'ils ont trait à la situation de mobilité de l'appelant dont l'appelante invoque qu'elle est stable depuis

2003. En ne produisant ces éléments qu'en avril-mai 2022, notamment plus de deux ans après le dépôt du rapport d'expertise du 29 novembre 2019 qui concluait à l'existence des atteintes ici confirmées, rapport rendu bien avant la survenance de la crise Covid, l'appelante a manifestement tardé. Il était donc justifié de la part des premiers juges de rejeter sa requête de *nova*, rejet qui sera ici confirmé. Au demeurant, les restrictions Covid durant les deux ans qui ont suivi n'étaient de loin pas totales sur toute la période et n'empêchaient pas l'appelante de mandater avant un détective et de faire les observations qu'elle a faites en avril-mai 2022. Le droit à la contre-preuve est une chose. Permettre d'alléguer en tout temps de nouveaux éléments en est une autre. Le grief est téméraire. La requête de contre-expertise fondée sur un tel grief ne peut qu'être rejetée.

Dès lors les griefs que tente de fonder l'appelante sur les faits allégués dans cette requête de *nova* s'agissant de la valeur probante de l'expertise judiciaire ou de l'opportunité d'une nouvelle expertise ne peuvent qu'être rejetés. Une telle nouvelle expertise n'est au demeurant nullement nécessaire vu les conclusions claires et suffisantes, même si insatisfaisantes pour l'appelante, du rapport et des compléments d'expertise judiciaire.

9. Au vu de ce qui précède, l'appel de la K._____ SA, manifestement mal fondé, doit être rejeté en application de l'art. 312 al. 1 *in fine* CPC.

Les frais judiciaires relatifs à son appel, arrêtés à 4'678 fr., seront mis à sa charge (art. 106 al. 1 CPC).

Appel de R._____

10. L'appelant se plaint également du jugement entrepris et réclame que le taux d'invalidité résultant de l'atteinte à l'intégrité subie soit augmenté de 75 %, tel que retenu par les premiers juges, à 100 %.

10.1 En premier lieu l'appelant relève que les experts ont déclaré, après avoir confirmé le taux de 75%, que leurs conclusions étaient « aussi en ligne » avec celles du Dr [...] du 29 décembre 2009 qui retenait un taux de 85% à 100%. Dès lors que l'expertise déclarait elle-même être « d'accord » (appel, p. 3) avec les conclusions du Dr [...] du 29 décembre 2009, il était erroné de ne retenir « de cette expertise que le 75% des conclusions qui y sont retenues ». A tout le moins les premiers juges auraient dû expliquer en quoi l'expertise [...] du 29 décembre 2009 avec laquelle l'expertise judiciaire se déclare pourtant « en ligne » ne serait pas fondée.

En l'occurrence, on relève tout d'abord que le passage de l'expertise judiciaire complémentaire mise en œuvre dans la présente procédure portait sur la question de l'atrophie du membre inférieur droit ou d'amyotrophie des membres inférieurs et non précisément du taux global d'atteinte à l'intégrité retenu par le Dr [...] dans son rapport principal (rapport complémentaire, p. 4). Pour ce premier motif, la référence au rapport d'expertise du Dr [...] ne saurait imposer de s'écarter du taux retenu par les experts judiciaires dans la présente cause, dûment motivé.

On relève ensuite que l'expertise judiciaire du Dr [...] du 29 décembre 2009 a été établie dans le cadre d'une procédure distincte, dont l'indemnité litigieuse reposait sur des conditions générales différentes de celles présentement applicables. Ainsi dites autres conditions générales déclaraient que le calcul s'effectuait selon les mêmes critères que ceux utilisés dans l'assurance selon la LAA pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. arrêt CACI du 17 décembre 2012 consid. 3b), ce qui n'est pas le cas ici, les CGA de l'appelante indiquant précisément que le taux d'invalidité est fixé « selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'OLAA », respectivement

appliqué par analogie et non également selon d'autres critères utilisés en matière de LAA. En outre il ressort clairement de l'arrêt CACI du 17 décembre 2012 qu'après avoir arrêté le taux d'invalidité à 85% voir 100% dans son rapport initial, l'expert [...], dans son rapport complémentaire, a ramené ce taux à 65% (notamment consid. 4a). Si l'on devait vraiment se calquer sur les conclusions de l'expert judiciaire [...], ce n'est donc pas un taux supérieur à 75% qu'il faudrait retenir.

Au demeurant, quelles que soient les conclusions du Dr [...], on constate que les experts judiciaires ont confirmé le taux de 75% après avoir pris en considération les premières conclusions du Dr [...]. Qu'ils disent que les leurs étaient « en ligne » avec les siennes n'impliquait partant pas de prendre les mêmes conclusions. Ce qu'ils ont fait en motivant clairement comment ils arrivaient au taux de 75%. Le grief est infondé et les premiers juges n'avaient pas dans ces circonstances à motiver pour quelle raison ils s'écartaient d'une expertise effectuée dans le cadre d'une autre procédure et fondée sur des bases contractuelles différentes.

10.2 L'appelant invoque ensuite qu'un risque élevé d'arthrose à la hanche droite à long terme a été confirmé par les experts judiciaires. Il reproche dès lors aux premiers juges d'avoir refusé de prendre en compte ce risque alors qu'il donne lieu à un pourcentage d'indemnité pour atteinte à l'intégrité selon les tabelles de la SUVA qui en l'espèce feraient foi parce que « le taux d'invalidité est fixé selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'OLAA ». Un taux supplémentaire de 30 % devrait par conséquent être ajouté à celui de 75 % retenu par les experts judiciaires.

Les premiers juges ont estimé que les experts avaient pris en considération ces conséquences indirectes de l'accident dans le calcul du taux de 75%. Contrairement à ce que soutient l'appelant, ils n'ont donc pas « exclu » ce risque, mais ont constaté qu'il avait été pris en compte dans les atteintes prises en considération pour évaluer le taux. L'appelant soutient d'ailleurs lui-même que l'expertise a indiqué que le risque

d'arthrose était un risque à long terme qui devait être pris en compte en application de l'art. 36 al. 4 OLAA. C'est dire encore que ce risque a été pris en considération dans l'évaluation du taux par les experts. Les premiers juges n'avaient donc pas, sans autre indication des experts, à rajouter un taux à celui retenu par eux.

Sur ce point, on note d'ailleurs que les experts ont expressément admis un risque élevé d'une arthrose à long terme de la hanche droite (expertise p. 20, cf. *supra* ch. 27.1, réponse ad all. 270). Reste que dans la même expertise, ils ont posé des diagnostics « au total » (mentionné deux fois dont une fois souligné, en p. 19 du rapport d'expertise) dont un « déficit moteur des membres inférieurs consécutifs aux douleurs (impotence motrice « algogène ») (cf. *supra* ch. 27.1, 6^e et 7^e § de la synthèse et discussion), les experts réitérant dans leur complément d'expertise que « l'ensemble de ces éléments » les conduisaient à confirmer une atteinte à l'intégrité de 75% selon une adaptation personnalisée au patient des échelles « indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA » (dans la mesure où elles sont applicables) » (cf. *supra* ch. 27.2 8^e §). Ici encore une telle manière de formuler ne permet que de retenir que le risque d'arthrose a été pris en compte dans le taux global retenu par les experts et en particulier dans le taux de 40 % pour le trouble sensitif et moteur lié à une atteinte des racines L2-S5 avec douleurs intenses et les douleurs y afférant. Les premiers juges n'avaient partant pas à rajouter à ce taux de 75% un taux additionnel de 30%.

L'appelant se réfère à la table 5 de la SUVA qui retient pour une arthrose grave un taux de 30 % à 40 %. Comme exposé ci-dessus, les CGA de l'appelante ne prévoyaient pas l'application d'une telle table, stipulant que « le taux serait fixé selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'OLAA », appliquée le cas échéant par analogie aux atteintes non prévues dans celui-ci, et non également sur la base d'autres critères utilisés en LAA, ainsi les tables établies par la SUVA. La table produite est au demeurant postérieure (2011) à l'accident et ne saurait pour ce second motif être ici décisive. Au surplus, cette table traite non pas de risque d'arthrose mais d'arthrose. Elle

indique en outre que « si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé ». En d'autres termes, lorsque l'articulation est déjà touchée, on n'y ajoute pas un taux supplémentaire du fait qu'elle est en plus l'objet d'arthrose, encore moins de risque d'arthrose. Il n'y avait ainsi pas à ajouter au taux notamment de 40 % retenu un taux supplémentaire pour le risque d'arthrose.

Dans ces conditions, il ne se justifiait pas d'augmenter le taux de 75% retenu par les experts et dûment motivé par eux, pour tenir compte d'un taux supplémentaire lié au risque d'arthrose de la hanche droite, risque qu'ils ont eux-mêmes constaté et qui ne les a pas conduits à admettre un taux plus élevé que le taux global, personnalisé, retenu pour l'appelant.

Le grief s'avère ainsi également infondé.

11. Au vu de ce qui précède, l'appel de R._____, manifestement mal fondé, doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 312 al. 1 *in fine* CPC.

Les frais judiciaires relatifs à son appel, arrêtés à 3'485 fr., seront mis à sa charge (art. 106 al. 1 CPC).

12. Il résulte de ce qui précède que les causes seront jointes, les appels rejetés, le jugement querellé confirmé et les frais judiciaires de l'appel mis à la charge de leurs auteurs respectifs, aucun dépens n'étant octroyé, aucune réponse n'ayant été demandée.

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile
prononce :

- I.** Les causes « PT14.017399-230745 » opposant R. _____ à K. _____ SA et « PT14.017399-230746 » opposant K. _____ SA à R. _____ sont jointes.
- II.** Les appels sont rejetés.
- III.** Le jugement est confirmé.
- IV.** Les frais judiciaires de l'appel de K. _____ SA, arrêtés à 4'678 fr. (quatre mille six cent septante-huit francs), sont mis à sa charge.
- V.** Les frais judiciaires de l'appel de R. _____, arrêtés à 3'485 fr. (trois mille quatre cent huitante-cinq), sont à mis à sa charge.
- VI.** Il n'est pas accordé de dépens de deuxième instance.
- VII.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, av. (pour R. _____),
- Me Marc-Olivier Buffat, av. (pour K. _____ SA),

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

- 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).

La greffière :