

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 11 mars 2022

---

Composition : Mme GIROUD WALTHER, présidente  
Mmes Crittin Dayen et Cherpillod, juges  
Greffière : Mme Robyr

\*\*\*\*\*

**Art. 42, 44 al. 1, 46 al. 1, 47 CO ; 62 al. 1 LCR ; 58, 106 al. 2, 308  
al. 1 let. a CPC**

Statuant sur l'appel interjeté par **M.\_\_\_\_\_SA**, à [...],  
défenderesse, contre le jugement rendu le 20 mai 2021 par la Chambre  
patrimoniale cantonale dans la cause divisant l'appelante d'avec  
**C.\_\_\_\_\_**, à [...], demanderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal  
cantonal considère :

## **En fait :**

**A.** Par jugement du 20 mai 2021, dont les motifs ont été envoyés aux parties pour notification le 21 juillet 2021, la Chambre patrimoniale cantonale a dit que la défenderesse M. \_\_\_\_\_ SA devait immédiat paiement à la demanderesse C. \_\_\_\_\_ de la somme de 339'448 fr. 70, avec intérêt à 5% l'an dès le 25 octobre 2007 sur la somme de 18'980 fr., dès le 18 août 2009 sur la somme de 141'504 fr. 05 et dès le 13 avril 2021 sur la somme de 178'964 fr. 65 (I), a arrêté les frais judiciaires à 65'151 fr. 30, les a mis à la charge de la défenderesse par 55'378 fr. 60 et laissés provisoirement à la charge de l'Etat pour la demanderesse par 9'772 fr. 70 (II), a dit que Me Henri Bercher était relevé de sa mission de conseil d'office de la demanderesse (III), a arrêté son indemnité d'office (IV), a dit que la bénéficiaire de l'assistance judiciaire était, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (V), a dit que la défenderesse devait verser à la demanderesse la somme de 21'866 fr. à titre de dépens réduits (VI) et a rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (VII).

En droit, les premiers juges ont constaté que la demanderesse avait été victime d'un accident de la circulation en octobre 2007, alors qu'elle était passagère d'un véhicule assuré en responsabilité civile auprès de la défenderesse. Elle était donc en droit d'agir contre cette dernière en responsabilité pour les conséquences de l'accident. Les premiers juges ont admis que l'accident était en relation de causalité naturelle et adéquate avec la grande majorité des problèmes médicaux (physiques et psychiques) rencontrés par la demanderesse et l'incapacité de travail qui en avait résulté. Celle-ci était donc en droit de faire valoir des prétentions en réparation du dommage subi.

Les premiers juges ont constaté que la demanderesse avait subi une incapacité de travail ensuite de son accident. Sur la base des expertises judiciaires, ils ont retenu une capacité de travail résiduelle de la

demanderesse de l'ordre de 60% dans une activité adaptée. Sur la base des différents rapports médicaux et des décisions rendues en matière d'assurances sociales, ils ont considéré que cette capacité résiduelle existait depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Auparavant, la demanderesse était en incapacité totale de travailler. Les premiers juges ont arrêté sur ces bases la perte de gain passée et future de la demanderesse, en se fondant principalement sur l'expertise fiduciaire établie par K.\_\_\_\_\_. Pour le surplus, ils ont considéré que la demanderesse n'avait pas rendu vraisemblable qu'elle subirait une atteinte à l'avenir économique allant au-delà de la perte de gain future et que la défenderesse avait quant à elle échoué à prouver les éléments permettant de réduire les indemnités à teneur de l'art. 44 CO, soit à raison de prédispositions constitutionnelles ou de violation de l'obligation de diminuer le dommage. Enfin, les premiers juges ont déduit du gain manqué les prestations d'assurances dont la demanderesse avait bénéficié, les acomptes pour le découvert salarial et l'indemnité pour l'atteinte portée à l'avenir économique versés par la défenderesse.

Les premiers juges ont examiné la perte de rente vieillesse provoquée par la réduction du revenu réalisé, mais ont constaté qu'ils n'avaient pas les éléments nécessaires pour calculer la perte de rente de la demanderesse en cas de reprise d'une activité à 60% dès décembre 2011, faute d'allégations suffisantes. Ils ont donc considéré qu'aucun montant ne pouvait être octroyé à ce titre.

Ils ont en revanche admis un préjudice ménager. Ils ont pris en compte que la demanderesse consacrait 1,5 heure par jour au ménage avant l'accident, que sa capacité ménagère résiduelle était depuis l'accident de 60% et que la jurisprudence admettait un tarif horaire de 30 fr. pour le travail ménager. Les premiers juges ont ainsi arrêté le préjudice ménager passé et futur et en ont déduit les indemnités d'ores et déjà versées par la défenderesse à ce titre.

S'agissant du tort moral, compte tenu des circonstances, les premiers juges l'ont évalué à 40'000 francs. Ils en ont déduit le montant

reçu par la demanderesse à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité versé par la SUVA et le montant déjà versé par la défenderesse.

Les premiers juges ont enfin constaté que la demanderesse n'avait pas établi les coûts médicaux qu'elle avait assumés par le passé sans qu'ils soient couverts par les assurances, ni qu'elle devrait assumer à vie des frais médicaux dépassant sa franchise. Quant aux frais d'avocats hors procès, les notes d'honoraires produites n'étaient pas claires dans la mesure où elles concernaient également les procédures en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accident. Le montant alloué par la défenderesse, de 10'000 fr., était dès lors suffisant à couvrir ces frais hors procès. Les premiers juges ont donc rejeté la demande sur ces deux points.

**B.** Par acte du 13 septembre 2021, M. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'appelante) a interjeté appel contre ce jugement, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la demande de C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimée) soit rejetée dans la mesure où elle est recevable et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause aux premiers juges pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Par réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2021, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de l'appel. Elle a requis l'assistance judiciaire avec effet au 23 juillet 2021.

Le 13 janvier 2022, Me Etienne Monnier a informé la cour de céans qu'il reprenait le mandat de conseil de C. \_\_\_\_\_ des suites de l'arrêt d'activité de Me Henri Bercher. Il a déposé le 28 janvier 2022, pour sa cliente, le formulaire d'assistance judiciaire accompagné de pièces.

Par avis du 2 février 2022, la juge déléguée de la cour de céans a constaté que Me Bercher avait d'ores et déjà déposé sa liste d'opérations en lien avec le dépôt de la réponse et a imparti à Me Monnier

un délai de 48 heures pour confirmer qu'il n'y avait pas d'autres opérations à prendre en compte, tout en précisant que sans nouvelle dans ce délai, il serait considéré que tel était le cas.

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

**1.** L'intimée est née le [...] 1966 au [...]. Elle y a épousé T.\_\_\_\_\_ en décembre 1986 et trois enfants aujourd'hui majeurs sont issus de cette union. L'intimée n'a aucune formation particulière.

Le couple a d'abord vécu au [...], puis T.\_\_\_\_\_ est venu travailler en Suisse en mars 1987 et l'intimée l'y a rejoint trois ans plus tard. Elle a travaillé dans un hôtel durant 9 mois en 1991, 6 mois en 1992, 1 mois en 1994, puis de janvier 1995 à novembre 1997. En 1994, elle a également travaillé trois mois auprès de [...]. Lors de son interrogatoire en tant que partie, l'intimée a expliqué qu'elle coupait des salades, précisant que c'était une activité lourde, dans la mesure où elle devait porter des cabas remplis de salades. En décembre 1997, l'intimée est retournée vivre au [...] avec ses trois enfants. Son mari les a rejoints au mois de juin 2000. L'intimée a exercé une activité lucrative à temps partiel au [...] à partir de septembre 2000 jusqu'au mois de juillet 2007 : elle a tenu un petit magasin dans l'immeuble familial du couple. Son mari ayant retrouvé un emploi en Suisse à partir du mois de juin 2007, l'intimée l'a rejoint avec ses deux enfants encore mineurs au mois d'août de la même année. Dès le 14 septembre 2007, l'intimée a été engagée en qualité de nettoyeuse par la société [...], à raison de 42 heures par semaine, pour un salaire horaire brut de 22 fr. 75, soit un salaire horaire net de 19 fr. 50.

**2.** Le 25 octobre 2007, l'intimée a été victime d'un accident de la circulation alors qu'elle était passagère du véhicule de son employeur.

L'appelante est l'assurance responsabilité civile du véhicule impliqué dans l'accident, immatriculé VD [...]. Ce véhicule était également

assuré pour le risque occupants, pour un capital invalidité de 60'000 fr. et des indemnités journalières ou d'hospitalisation de 25 fr. par jour.

**3.** L'accident a causé à l'intimée une fracture de la facette supérieure droite de la vertèbre cervicale C7, une subluxation articulaire des cervicales C6-C7 et antélisthesis de grade I, ainsi qu'une fracture de l'apophyse épineuse de la cervicale C6, des lésions dentaires, une plaie du cuir chevelu et des contusions.

L'intimée a allégué qu'elle n'avait jamais pu reprendre d'activité professionnelle après l'accident, ce qui a été confirmé par son mari et par X.\_\_\_\_\_, ami du couple, tous deux interrogés comme témoins.

Lors d'une consultation du 17 décembre 2007, le Dr [...] a constaté une bonne récupération sur le plan neurologique. La subluxation, qui avait augmenté, a toutefois nécessité une opération, effectuée le 8 avril 2008.

Le contrat de travail de l'intimée a été résilié avec effet au 31 mai 2008 compte tenu de son incapacité de travail.

**4.** Dans un rapport du 20 juin 2008, les Drs R.\_\_\_\_\_, [...] et [...], du Centre Universitaire Romand de Neurochirurgie, ont relevé que l'évolution de l'intimée avait été favorable dans les suites opératoires immédiates, caractérisées par une paralysie de la corde vocale droite, probablement due à la manipulation intraopératoire du nerf larynger récurrent ipsilatéral, dont la récupération avait été favorable avec des séances logopédiques hebdomadaires. Ils ont également relevé que le status neurologique était sans particularité, en l'absence de déficit sensitivo-moteur aux quatre membres, que la marche était conservée, non ataxique, et que la phonation était propre, sans dysphonie. Selon les médecins, l'intimée était alors satisfaite, les cervicalgies étant en diminution. Ils estimaient toutefois qu'une reprise des activités

professionnelles en tant que femme de ménage était alors contre-indiquée.

Le 22 décembre 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport dans lequel il a indiqué que l'intimée se plaignait de la persistance d'une douleur au niveau cervical, surtout en position de flexion, mais qu'il n'y avait pas de troubles touchant les membres inférieurs ou supérieurs. L'examen neurologique était dans la norme. Le scan cervicodorsal montrait un alignement de la colonne, le matériel étant en place avec une fusion pas tout à fait complète entre la cervicale C5 et la dorsale D1. Le médecin a relevé que l'évolution était tout à fait favorable, mais qu'il fallait que l'intimée patiente encore un peu pour voir une diminution de la douleur, précisant que l'importance de la douleur allait toujours en diminuant avec le temps.

L'intimée a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR ou la Clinique) du 3 février au 3 mars 2009. Dans un rapport du 6 avril 2009, les Drs [...] et [...] ont notamment observé, concernant le rachis cervical, une lordose cervicale normale, sans douleur à la palpation des apophyses épineuses et sans amyotrophie, en particulier des trapèzes, du sternocléidomastoïdien, ni des membres supérieurs. Une consultation neurologique du 11 février 2009 avait mis en évidence une atteinte radiculaire de la cervicale C7 très discrète, ne justifiant alors pas de prise en charge spécifique. En fin de séjour, suite à une prise en charge en physiothérapie, l'intimée avait déclaré mieux bouger sa nuque, ce qui l'aidait dans les relations interpersonnelles. Il persistait toutefois une sensation de poids, qui n'avait pas été aggravée par la physiothérapie. Les médecins ont confirmé objectivement les dires de l'intimée. Ils ont noté que celle-ci semblait avoir retrouvé confiance en soi et en sa nuque. Compte tenu du fait que l'intimée n'avait plus de travail et que la situation médicale n'était pas encore stabilisée, les médecins ont prolongé l'incapacité de travail pour un mois. Le traitement médicamenteux de Tramal et de Dafalgan a été poursuivi à la sortie.

L'intimée a déclaré lors de son interrogatoire que, s'il était vrai que le séjour à la Clinique avait augmenté sa mobilité cervicale, elle avait aussi exacerbé les douleurs cervicales d'une manière excluant toute activité.

Lors d'une consultation ambulatoire du 28 septembre 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté que l'intimée se plaignait de la douleur, qui était alors moins importante au niveau cervical. La fusion entre la cervicale C5 et la dorsale D1 était désormais acquise et l'alignement au niveau de la colonne qualifié de bon, sans mouvement entre les vertèbres précitées. L'intimée se plaignait toutefois de douleurs importantes en lien avec l'activité physique.

Le 26 janvier 2010, en réponse à une demande de renseignements du Service médical régional AI (ci-après : SMR), le Dr R. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'évolution était excellente, qu'il y avait une diminution des mouvements cervicaux et qu'une activité en tant que femme de ménage était encore exigible, selon l'importance de la douleur.

Le SMR ayant considéré que les éléments à disposition ne permettaient pas de se prononcer clairement sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, il a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique.

L'intimée a ainsi été soumise à un examen au SMR, effectué par le Dr V. \_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et rééducation FMH. Dans son rapport du 10 mai 2010, ce médecin a retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques, avec un déficit sensitif et de réflexe dans le territoire de la cervicale C7, dans les suites d'une subluxation des cervicales C6-C7, traitée par spondylodèse, discopathie surajoutée et uncarthrose en cervicales C4-C5 (avec répercussion durable sur la capacité de travail) et d'obésité de classe 1 (sans répercussion sur la capacité de travail). Dans son appréciation du cas, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé des cervicalgies quotidiennes, clairement de type mécanique, l'intimée n'ayant aucune douleur nocturne ou lorsqu'elle était couchée. Il a

également rapporté des limitations dans les travaux ménagers, en particulier une incapacité de passer l'aspirateur, nettoyer les vitres, changer les lits ou repasser. Il a noté que l'intimée était capable de porter des charges de 3 à 4 kilos des deux côtés, mais en ressentant une augmentation des douleurs cervicales. Il a relevé qu'elle utilisait notamment ses deux membres supérieurs, avec une très bonne force de préhension bilatéralement, et était capable d'amener un objet léger de droite à gauche au-dessus de sa tête. Selon lui, les mouvements étaient douloureux, mais, à la palpation, l'intimée ne ressentait aucune douleur. Il a ajouté que la musculature au niveau des épaules était préservée, tandis que l'amyotrophie des muscles postérieurs de la nuque jouait très vraisemblablement un rôle dans la persistance des douleurs. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse ou de femme de chambre depuis le 25 octobre 2007, date de l'accident. Il a ajouté que la capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance du rachis cervical aux contraintes mécaniques et que, dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, il retenait une exigibilité de deux fois 3 heures par jour, avec une diminution de 10% de rendement. Selon lui, idéalement, l'intimée pourrait bénéficier d'un soutien de sa nuque avec un siège adapté en position assise. Un autre moyen prenant plus de temps mais étant plus constructif à long terme serait de reprendre la physiothérapie avec un traitement ciblé de renforcement de la musculature posturale postérieure qui était affaiblie chez elle, après port de minerve.

Le 21 juin 2010, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr S.\_\_\_\_\_, a procédé à un examen médical final. Il a relevé que la musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze de l'intimée étaient souples et non douloureux à la palpation, qu'il y avait une longue cicatrice à la jonction cervico-dorsale et que toute cette région était également parfaitement calme et indolore à la palpation, que la mobilité du rachis cervical était modérément limitée et que la mobilisation était précautionneuse mais s'effectuait quand même librement, que les épaules étaient souples et qu'il n'y avait pas de signes de conflit ni de signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs, que les réflexes bicipitaux étaient vifs

et symétriques, que les réflexes tricipitaux n'étaient pas obtenus et que la force paraissait maintenue à tous les niveaux. Il a estimé que les constatations de l'examen radio-clinique étaient donc pleinement rassurantes, contrastant avec un vécu douloureux probablement assez marqué, au vu des doses d'antalgiques que la patiente disait prendre. Selon le Dr S.\_\_\_\_\_, l'intimée ne pouvait plus travailler comme nettoyeuse ou femme de chambre, mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a ajouté que les limitations fonctionnelles étaient les charges de plus de 5 kg et surtout les positions statiques en flexion de la nuque prolongée.

Le 25 juin 2010, la Dre [...] du SMR a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'intimée, mais une capacité de travail exigible dans une activité adaptée, de 65% dès septembre 2009.

**5.** Par courrier du 7 juillet 2010, l'Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a indiqué à l'intimée qu'une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle aurait lieu à l'Office et qu'elle serait informée par courrier des démarches ultérieures.

Dans un « *projet d'acceptation de rente* » du 21 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 31 décembre 2009, soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé. Il a retenu que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 25 octobre 2007, que médicalement, elle présentait une incapacité de travail entière dans son activité habituelle depuis octobre 2007 et que, dans des activités adaptées, sa capacité de travail était de 65% depuis septembre 2009. L'OAI a également relevé ce qui suit : « *Selon notre communication du 7 juillet 2010, nous avons mandaté notre Service de la réadaptation professionnelle et il ressort que des mesures professionnelles n'auraient pas permis de réduire le préjudice économique (...) du fait de la faible intégration linguistique et de vos capacités d'adaptation et*

*d'apprentissage limitées* ». Sur la base d'un revenu sans invalidité de 45'945 fr. dans l'ancienne activité et d'un revenu d'invalidité de 30'754 fr. 90 - correspondant à des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en 2009, compte tenu d'un taux d'activité de 65% et d'un abattement de 10% - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 33%, ne donnant plus droit à la rente.

La SUVA a contesté ce préavis le 18 janvier 2011. Elle a contesté en particulier l'appréciation de la capacité de travail résiduelle faite par le service médical de l'OAI et a laissé à celui-ci le soin de revoir le dossier dans un délai de 30 jours avec son médecin-conseil, précisant que, s'agissant d'un cas commun, les deux assurances (AI et AA) devaient arriver au même taux d'invalidité.

Le 31 janvier 2011, l'intimée a également contesté le préavis, concluant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires et faisant valoir qu'il convenait de tester son habileté pratique dans un atelier protégé avant de se prononcer sur le droit à la rente.

Dans leur avis médical du 2 mars 2011, les Drs V.\_\_\_\_\_ et [...] du SMR ont cependant maintenu leur appréciation. S'agissant de la contestation de la SUVA, les médecins ont expliqué s'être fondés sur l'aspect global de l'atteinte ostéoarticulaire et non uniquement sur les suites de l'accident. Ils ont confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le SMR.

**6.** Le 1<sup>er</sup> novembre 2011, la SUVA a signifié à l'intimée qu'elle n'avait plus besoin de traitement médical spécifique et qu'en conséquence, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2011. La SUVA a précisé qu'elle continuerait cependant à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires et la médication antalgique.

Le 3 novembre 2011, la SUVA a rendu une décision octroyant à l'intimée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15%,

soit un montant de 16'020 francs. En revanche, la SUVA, constatant que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de l'intimée de manière importante, a considéré que les conditions requises pour l'octroi de prestations de rente au sens des art. 7, 8 et 16 LPGA (Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) n'étaient pas remplies.

Ensuite d'un complément d'information médicale requis par la SUVA auprès du CHUV, la Dre [...], médecin assistante auprès du service de neurochirurgie, a relevé dans un rapport médical intermédiaire du 15 novembre 2011 que l'évolution était neurologiquement bonne, sans déficit neurologique, et que subjectivement, la patiente se plaignait de cervicalgies, sans brachialgies. Elle a précisé que le traitement actuel consistait en physiothérapie ainsi qu'en antalgie par Tramadol. S'agissant de la reprise du travail, ce médecin estimait que du point de vue neurologique et neurochirurgical, il n'existait pas d'entrave à un travail à 100%. Elle considérait par ailleurs qu'il ne fallait pas s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

L'état de santé de l'intimée est stabilisé depuis le 30 novembre 2011, au plus tard.

**7.** Dans le délai légal, l'intimée s'est opposée aux décisions mettant un terme aux indemnités journalières et refusant une rente d'invalidité. Elle a par ailleurs contesté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**8.** La SUVA a pris en charge les soins médicaux suite à l'accident du 25 octobre 2007 et versé à l'intimée des indemnités journalières à hauteur de 149'574 fr. 75 pour la période du 25 octobre 2007 au 30 novembre 2011.

Pour la période du 25 octobre 2007 au 30 novembre 2011, l'appelante a versé à l'intimée les montants suivants :

Année	indemnités journalières (dans le cadre de l'assurance occupants)	découvert salarial (dans le cadre de l'assurance
RC)		
2007	1'675 fr. 00	517 fr. 40
2008	9'150 fr. 00	3'104 fr. 40
2009	7'425 fr. 00	3'104 fr. 40
2010		3'104 fr. 40
2011		2'845 fr. 70
TOTAL	18'525 fr. 00	12'676 fr. 30

L'intimée ayant bénéficié d'une rente AI pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 31 décembre 2009, d'un montant de 9'807 fr., l'appelante a demandé à la Caisse de compensation compétente de lui rembourser un montant de 3'880 fr. 50, correspondant au découvert salarial versé (15 mois à 258 fr. 70) compte tenu de la surindemnisation de l'intimée durant cette période, remboursement qui lui a été accordé.

L'appelante a également versé différents montants à des tiers et à l'intimée au titre d'aides au ménage données par son entourage ou par des personnes extérieures, soit un montant de 23'925 fr. jusqu'à fin janvier 2011, ainsi qu'un montant de 5'375 fr. de février à novembre 2011, pour un total de 29'300 francs.

L'appelante a également versé un montant de 5'000 fr. au titre de tort moral le 28 octobre 2009.

**9.** Le 27 janvier 2012, le Dr S. \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen médical final, qui a confirmé les conclusions de son précédent examen médical du 21 juin 2010. Au terme de l'examen clinique, il s'est livré à une appréciation dont la teneur est la suivante :

«Actuellement, la patiente, qui est venue avec sa belle-fille, dit qu'il n'y a pas de changement. Elle souffre toujours passablement de la nuque avec des douleurs qui irradient vers les épaules et la colonne dorsale. Les douleurs sont permanentes, aggravées par la mobilisation. Durant la journée, hormis la cuisine, la patiente ne fait pas grand-chose. Si elle sort pour se promener, elle voit ses douleurs s'aggraver. En revanche, elle n'a pas de douleurs nocturnes et au repos, allongée, elle est asymptomatique.

Objectivement, la musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze sont tout à fait souples, non douloureux à la palpation.

On retrouve une longue cicatrice à la jonction cervico-dorsale, bien coaptée, également tout à fait calme. La mobilité du rachis cervical reste assez limitée et la mobilisation précautionneuse, mais les mouvements combinés n'entraînent aucune douleur dans les membres supérieurs. Les épaules sont parfaitement souples. Il n'y a pas de signe du conflit, ni de signe d'atteinte de la coiffe des rotateurs. La mobilité active est complète. Les réflexes bicipitaux sont vifs et symétriques. Les réflexes tricipitaux ne sont pas obtenus. La trophicité musculaire est excellente et la force est conservée à tous les niveaux. La patiente ne décrit aucun trouble de la sensibilité aux membres supérieurs.

Il y a donc une nette discordance entre l'importance du handicap subjectif, tel qu'il est vécu, et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui sont encore une fois pleinement rassurantes.

Dans ces conditions, il n'y a aucune raison pour limiter la capacité de travail en termes d'horaire et de rendement si l'activité est adaptée.

Pour ce qui est de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'appréciation doit se fonder principalement sur les limitations fonctionnelles et non sur des douleurs résiduelles qu'il n'est pas possible de mesurer.

Madame C. \_\_\_\_\_ a subi une spondylodèse C5-D1, dont la fusion est acquise, sans engendrer de trouble statique segmentaire, qui lui laisse une mobilité convenable et aucun trouble neurologique résiduel, irritatif ou déficitaire, n'est observé.

Le taux de 15% est donc approprié. »

**10.** Par décision du 20 février 2012, l'OAI a confirmé son préavis du 21 décembre 2010 et reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 31 décembre 2009. Il a retenu que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, son droit à une rente s'éteignait, étant donné que son degré d'invalidité s'élevait à 33% et qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Par arrêt du 3 juillet 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO) a rejeté le recours interjeté par l'intimée et confirmé la décision rendue le 20 février 2012 par l'OAI. Les juges cantonaux ont retenu que le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ revêtait une pleine valeur probante et que le dossier médical comprenait des éléments permettant d'attester clairement l'existence d'une amélioration de l'état de santé à fin 2009 avec incidence sur la capacité de travail. Ils ont

également exposé que les douleurs ressenties par l'intimée, même si elles pouvaient être importantes, constituaient une appréciation uniquement subjective de ses problèmes de santé et ne sauraient justifier de retenir une incapacité de travail supérieure à celle ressortant d'un rapport médical. Ils ont souligné que l'assurance-invalidité n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents et que la différence d'appréciation au sujet de la capacité de travail entre l'OAI et la SUVA semblait résulter du fait que l'assurance-invalidité tenait compte de l'ensemble des problèmes de santé de l'intéressée, alors que l'assureur-accidents ne tenait compte que des conséquences de l'accident subi par l'intéressée.

**11.** Dans sa décision sur opposition du 9 août 2012, la SUVA a considéré sur la base du dernier examen clinique du Dr R. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2009 que l'évolution postopératoire avait été favorable, que la poursuite d'un traitement médical spécifique n'était pas envisagée et que dans la mesure où l'OAI avait opté pour une éventuelle aide au placement plutôt que pour des mesures de réadaptation professionnelle, il se justifiait de mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux et au versement d'indemnités journalières au 30 novembre 2011. La SUVA a défendu l'existence d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, ceci sur la base de l'état clinique objectif, observant pour le surplus que les médecins ayant suivi l'assurée avaient pris en considération l'état subjectif et les plaintes exprimées par l'intéressée pour retenir une diminution de cette capacité de travail. La SUVA s'est notamment fondée sur cinq rapports d'enquête économique (ou descriptifs de postes de travail, ci-après : DPT) révélant qu'il existait, sur le marché général du travail, des emplois très légers adaptés à l'état de santé de l'intimée, à savoir des emplois de sertisseuse en bijouterie, d'employée de conditionnement, d'ouvrière sur matières plastiques, de collaboratrice de production et de fabricante d'instruments de mesure. La SUVA a précisé que de telles places de travail mettaient en évidence un gain réalisable annuel moyen de 50'671 fr. 20, soit un revenu supérieur aux 48'048 fr. annuels que l'intimée aurait pu percevoir en 2011 auprès de son employeur si elle n'avait pas été victime d'un accident. Elle a ainsi retenu

que le sinistre assuré n'avait généré aucune perte de gain, étant encore précisé que même en retenant le gain minimal annuel de 47'231 fr. 20 ressortant des descriptifs de postes de travail, la perte de gain était proche de 1.7%, soit de loin inférieure au pourcentage de 10% permettant l'octroi d'une rente d'invalidité. Enfin, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la SUVA a confirmé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, suivant les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_.

Lors de l'audience d'instruction complémentaire et de jugement de la CASSO du 12 décembre 2013, X.\_\_\_\_\_, ami de l'intimée, et T.\_\_\_\_\_ ont été entendus comme témoins et ont déclaré que l'intimée avait des douleurs, qu'elle ne pouvait plus travailler depuis l'accident, ni faire la plupart de son ménage et qu'elle passait l'essentiel de son temps chez elle. T.\_\_\_\_\_ a ajouté ce qui suit : *« Mon épouse ne suit plus de physiothérapie. Je ne sais pas depuis quand elle a cessé. Elle a arrêté parce que la physiothérapie aggravait les douleurs. »* Egalement entendu comme témoin, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant qui suit l'intimée depuis son accident de la circulation, a précisé les limitations fonctionnelles qu'il avait constatées. Il a en outre déclaré ce qui suit : *« J'observerais également qu'à l'exception de la physiothérapeute de la CRR, aucun des praticiens intervenus n'a évalué numériquement les douleurs rapportées par ma patiente. La physiothérapeute de la CRR a quant à elle observé une douleur de 4/10 avant physiothérapie et de 7-8/10 après physiothérapie. (...) Elle a suivi deux fois 9 séances de physiothérapie, sans constat de progrès. Je n'ai pas d'arguments pour retenir un état dépressif chez ma patiente. »*

Par arrêt du même jour, la CASSO a rejeté le recours interjeté par l'intimée et confirmé la décision sur opposition rendue par la SUVA. Les juges cantonaux ont considéré que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S.\_\_\_\_\_ ne différaient guère de celles décrites par le Dr V.\_\_\_\_\_. Ils ont exposé que l'OAI avait retenu à titre d'atteintes principales à la santé deux atteintes supplémentaires, en l'occurrence une discopathie et une uncarthrose surajoutée en cervicales C4-C5, lesquelles étaient indépendantes de l'accident et qu'ainsi, l'évaluation de la capacité

de travail par l'OAI prenait en compte des facteurs extérieurs à l'accident, en l'occurrence des troubles dégénératifs, ce qui pouvait expliquer, au moins partiellement, la divergence entre les taux de capacité de travail retenus par les deux assurances. Les juges cantonaux ont également noté que les appréciations des médecins précités étaient largement superposables s'agissant de l'examen clinique et radiologique et que leur examen n'avait notamment pas mis en évidence de substrat organique objectivant l'importance des douleurs, sous réserve de l'observation du Dr V. \_\_\_\_\_ quant à une amyotrophie des muscles postérieurs de la nuque jouant vraisemblablement un rôle dans la persistance des douleurs ressenties, lesquelles pouvaient néanmoins être réduites par une reprise de la physiothérapie ou l'utilisation d'un siège ergonomique soutenant la tête de l'intimée. Or, il ressortait de l'audition de celle-ci et des témoins que l'intéressée avait cessé toute physiothérapie et ne faisait pas usage d'un siège ergonomique. Les juges cantonaux ont considéré que c'était à juste titre que la SUVA, suivant en cela l'avis de son médecin d'arrondissement, avait refusé de tenir compte de l'existence et de la persistance de ces douleurs, étant rappelé que l'assuré a l'obligation de réduire le dommage, ce que l'intimée n'avait pas fait. Ils ont estimé qu'il était incontestable que les cinq DPT retenus par la SUVA étaient compatibles avec l'état de santé de l'intimée, dans la mesure où il s'agissait de travaux légers ne requérant pas le port de charges de plus de 5 kg ou de sollicitations particulières du rachis cervical. Les juges cantonaux ont relevé que le revenu d'invalidé fixé sur cette base pour l'année 2011 n'était pas critiquable. Enfin, compte tenu des douleurs disparaissant avec le repos et inexistantes la nuit, de la stabilité de la spondylodèse consécutive à l'accident, du status neurologique et de la faible limitation fonctionnelle du rachis cervical, la CASSO, constatant que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait correctement pris en compte les limitations et douleurs fonctionnelles ressortant de l'examen clinique, s'est ralliée à son appréciation fixant à 15 % le taux de l'atteinte à l'intégrité.

**12.** Le 11 mars 2014, l'intimée a réclamé à l'appelante l'indemnisation d'un préjudice ménager pour un montant capitalisé de 299'572 francs.

Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2014, l'appelante a répondu qu'elle ne pouvait pas suivre son raisonnement. Compte tenu des constatations médicales objectives, elle estimait que l'intimée était pleinement apte à effectuer ses activités ménagères, toutefois certainement avec un investissement temporel légèrement supérieur à la moyenne. En outre, on pouvait raisonnablement exiger de l'époux et du fils déjà grand de l'intimée qu'ils se substituent à cette dernière s'agissant des tâches ménagères lourdes à effectuer qu'elle ne pourrait plus exécuter en personne. Par ailleurs, l'appelante a rappelé qu'elle avait déjà indemnisé l'intimée s'agissant du préjudice ménager à hauteur de 29'300 fr. pour la période allant du jour de l'accident jusqu'à la fin du mois de novembre 2011. Par la suite, elle estimait que l'intimée ne subissait plus aucun préjudice ménager indemnisable.

**13.** L'appelante a mandaté une entreprise externe afin d'effectuer une surveillance discrète de l'intimée, laquelle a ainsi été observée durant plusieurs jours en mai et juin 2014. Les détectives ont surtout observé l'intimée le samedi matin, alors qu'elle sortait faire les courses avec son mari. Selon le « *rapport confidentiel et de bonne foi sur mandat référence : 07-459.566* », non daté et non signé, l'intimée n'était pas sortie les deux jours de la semaine, lors de leurs premières surveillances, mais sortait les samedis matins où ils l'avaient observée, avec son mari, pour faire les courses. L'intimée n'était pas sortie le samedi 24 mai 2014 pourtant ensoleillé. Ils ont en revanche constaté qu'elle était sortie le matin des trois samedis suivants d'observation. Les détectives n'ont pas vu l'intimée gênée par des douleurs. Ils ont pour ces moments précisé qu'elle se déplaçait en voiture avec son mari, à pied dans la rue, avec des chaussures de sport ou à talon, ou dans les magasins, qu'elle montait et descendait de la voiture avec aisance et équilibre, sans aucune difficulté apparente. Elle marchait dans les magasins et supermarchés, pendant le temps des courses, entre 20 et 50 minutes. Ils ne l'avaient pas vue marcher dehors à d'autres occasions. Les auteurs du rapport ont exposé qu'ils n'avaient pas eu le loisir de constater une quelconque limitation fonctionnelle lors de leurs observations : l'intimée pouvait se lever, se

baisser, porter, lever les bras, etc... Elle n'avait pas non plus de difficulté au niveau des cervicales et tournait la tête à gauche et à droite de manière tout à fait normale. Elle pouvait rester debout dans les magasins pour faire les courses pendant environ une heure. Elle pouvait porter des charges telles que des courses, des marchandises dans les rayons, dont le poids estimé variait entre 6 et 12 kilos.

L'appelante a soumis le matériel d'observation de l'entreprise mandatée pour surveiller l'intimée, ainsi que l'ensemble des pièces médicales en sa possession, au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin chef auprès de l'hôpital de Morges, pour une évaluation.

**14.** Le 24 septembre 2015, l'appelante a adressé à l'intimée un courrier dans lequel elle a d'abord complété ses précédents décomptes en allouant à l'intimée différents montants supplémentaires au titre de l'assurance occupants. En guise de liquidation définitive des prétentions, l'appelante a accordé à l'intimée 275 fr. au titre des indemnités journalières « *CHUV du 07.04.2008 au 17.04.2008* », 725 fr. au titre des indemnités journalières « *CRR du 03.02.2009 au 03.03.2009* », ainsi que 9'000 fr. à titre d'IPAI au taux de 15% (60'000 fr. x 15%). Sur ce dernier point, elle a précisé ce qui suit : « *Il n'y a pas lieu de revoir, dans le cadre de l'assurance occupants, le taux d'IPAI (invalidité médico-théorique) retenu au niveau de la LAA. Vous avez tenté de contester ce taux devant la justice et votre cliente a été déboutée sur ce point, de sorte que nous maintenons notre point de vue dans ce contexte.* » L'appelante a ainsi versé un montant de 10'000 fr. à l'intimée.

S'agissant de l'assurance responsabilité civile, l'appelante a proposé à titre d'indemnité pour l'atteinte portée à son avenir économique, à bien plaisir et sans reconnaissance de responsabilité, un montant de 40'650 francs. Concernant le dommage ménager, elle a accepté dans un contexte transactionnel de retenir et d'indemniser 8 heures d'activités par mois au tarif horaire de 28 fr., soit un montant de 49'100 fr. dès le mois de décembre 2011 et pour le futur. En ce qui

concerne le tort moral, compte tenu du taux d'IPAI retenu par la SUVA de 15% et des douleurs ressenties par l'intimée, l'appelante a accepté d'augmenter son indemnité globale à 30'000 fr., intérêts compris. En tenant compte de l'imputation du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité perçu auprès de la SUVA par 16'020 fr., cela donne un solde arrondi de 14'000 francs. En résumé, l'appelante a proposé un montant de 100'000 fr. en guise de liquidation définitive des prétentions de l'intimée s'agissant de l'indemnisation due au niveau de l'assurance responsabilité civile, après déduction de l'acompte sur tort moral par 5'000 fr. versé le 28 octobre 2009 ainsi que le nouvel acompte de 10'000 fr. versé le 2 mai 2014.

Quant aux honoraires d'avocat, l'appelante a accepté de verser un montant de 10'000 fr. relatif au traitement de l'aspect civil de l'affaire. Ce montant a été versé au conseil de l'intimée le 6 octobre 2015.

**15.** Le 25 juillet 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a adressé à l'appelante un courrier, dont la teneur est notamment la suivante :

**« Rapport d'une agence de surveillance qui a suivi l'assurée du 04.05.2014 au 14.06.2014**

[...]

On peut constater que Mme C.\_\_\_\_\_ se déplace normalement, même si elle marche plutôt lentement. Elle peut porter des charges paraissant assez lourdes, elle se penche en avant, à droite et à gauche. Elle tourne la tête de manière assez aisée et certainement plus que ce qui est noté dans les différents rapports médicaux. Elle peut attraper des objets en dessus de la tête, mais aussi en dessous dans des frigos.

Elle ne porte pas les charges les plus lourdes, c'est son mari qui le fait.

Elle ne paraît pas déprimée, mais pas non plus particulièrement souriante.

En tout cas on n'a pas l'impression qu'elle souffre d'un handicap important.

**Appréciation**

[...]

Quand on reprend tout le dossier, on constate bien que presque tous les médecins mettent en évidence une discordance entre les plaintes subjectives et l'examen clinique objectif. Elle consomme d'ailleurs de plus en plus de médicaments antalgiques.

Cela est corroboré par les enquêteurs de l'agence de surveillance. Selon leur rapport, ainsi que sur les photos et la vidéo, on n'a pas

l'impression que l'assurée présente de fortes limitations fonctionnelles de la colonne cervicale.

On peut donc admettre que Mme C.\_\_\_\_\_ présente des cervicalgies chroniques suite au traumatisme et à la spondylodèse. Cependant, cela ne devrait pas l'empêcher d'avoir des activités habituelles quotidiennes.

### **Réponses à vos questions**

Il est difficile de répondre de manière très précise aux différentes questions.

Je pense que l'atteinte à l'intégrité estimée à 15% est justifiée. En effet, elle a subi une spondylodèse avec des cervicalgies persistantes. Comme femme de ménage, on peut bien admettre qu'elle ne pourra pas retrouver une capacité de travail. En effet, il faut souvent se baisser, ramasser des objets, porter.

Cependant dans une activité qui ne nécessite pas des déplacements fréquents, dans un travail où elle doit bouger la tête à droite et à gauche sans forcer, je pense qu'elle aurait une capacité à au moins 65% voire plus. En effet, elle ne présente aucun handicap des membres supérieurs ou inférieurs, ni de la colonne dorsale ou lombaire.

En fonction des douleurs, la capacité de concentration peut être limitée, surtout si elle prend des antalgiques à haute dose (tramadol et dérivés de la morphine). Je ne pense pas qu'il soit vraiment justifié de continuer à augmenter les doses de ces médicaments.

Comme ménagère à domicile, on peut bien admettre qu'elle ait certaines limitations. Elle va être gênée pour attraper les objets au sol, se pencher, tourner la tête vers la droite ou la gauche de manière importante. Mais elle devrait quand même être capable de faire son ménage. »

**16.** Le 8 décembre 2015, le conseil de l'intimée a adressé à sa cliente une note d'honoraires et débours intermédiaire pour les opérations du 19 janvier 2011 au 7 décembre 2015 d'un montant de 10'000 fr. pour 26h30 de travail. Le relevé d'activité pour la période correspondante mentionne toutefois un total de 20.7 heures.

Le 27 avril 2017, il lui a adressé une deuxième note d'honoraires et débours intermédiaire pour les opérations du 3 janvier 2016 au 30 janvier 2017, d'un montant de 1'620 francs. Le relevé d'opération correspondant mentionne 4.8 heures de travail d'avocat.

**17.** Le 9 mai 2017, l'intimée a déposé une requête de conciliation à l'encontre de l'appelante. Les parties ont toutefois renoncé à la procédure de conciliation et l'audience a été annulée.

L'intimée a déposé le 22 septembre 2017 une demande en paiement auprès de la Chambre patrimoniale cantonale contre l'appelante. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce que l'appelante soit sa débitrice et lui doive immédiat paiement de la somme de 832'216 fr. 05 plus intérêts à 5% l'an à partir de la date que justice dira.

A noter que l'appelante a régulièrement renoncé à la prescription, depuis le 22 novembre 2011 jusqu'au jour du dépôt de la demande.

Par réponse du 15 février 2018, l'appelante a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de la demande dans la mesure où elle était recevable.

Par réplique du 11 juin 2018, l'intimée a précisé ses conclusions en ce sens que l'appelante soit sa débitrice et lui doive immédiat paiement de la somme de 832'216 fr. 05, telle que détaillée à l'allégué 55 de la demande, plus intérêts à 5% l'an à partir de la date que justice dira. L'allégué 55 a la teneur suivante :

« Le montant total dû par la défenderesse se récapitule comme suit, au titre d'assureur responsabilité civile :

- non couvert CNA [réd. : SUVA]	CHF	37'393.70
+ intérêts à 5% depuis le 15 novembre 2007 (date moyenne)		
- perte de gains futurs	CHF	291'752.70
+ intérêt à 5% dès le 30 novembre 2011		
- atteinte à l'avenir économique	CHF	58'033.00
+ intérêt à 5% dès le 30 novembre 2011		
- préjudice ménager	CHF	255'725.00
+ intérêt à 5% dès le 25 octobre 2007		
- perte de rente future	CHF	237'549.00
+ intérêt à 5% dès la date de la demande		
- participation aux frais médicaux futurs	CHF	11'020.00
+ intérêt à 5% dès le 30 novembre 2011		

- solde d'indemnité pour tort moral	CHF	24'000.00
+ intérêt à 5% dès le 25 octobre 2007		
- honoraires d'avocat avant procès	<u>CHF</u>	<u>14'077.45</u>
+ intérêt à 5% dès la date de la demande		
Total	CHF	929'550.85 »

Par mémoire de duplique du 30 août 2018, l'appelante a maintenu ses conclusions.

Le 12 février 2019, l'intimée a été interrogée en sa qualité de partie et deux témoins ont été entendus.

L'intimée a déclaré qu'avec ses douleurs, elle ne pouvait pas travailler et ne faisait pas grand-chose à la maison. Elle a ajouté qu'elle ne parlait pas le français, n'avait pas fait d'études et avait toujours fait des nettoyages et des travaux lourds. Elle a déclaré qu'elle pourrait peut-être travailler à un petit taux, peut-être 30%, parce qu'elle restait beaucoup couchée pour se reposer le dos, précisant que c'était particulièrement la partie des cervicales qui la faisait souffrir et que la douleur l'obligeait à se coucher. Elle a dit ne pas savoir ce que serait un travail adapté. Elle a confirmé avoir eu un magasin d'alimentation au [...], dans lequel elle faisait tout, avec l'aide de son mari. En outre, elle a expliqué que son ménage lui prenait environ 2 heures par jour en moyenne. Elle a en outre confirmé être quasiment immobilisée par des douleurs qui excluaient toute activité physique, précisant qu'elle était très désespérée. Elle a déclaré qu'elle n'avait plus d'activités sociales depuis l'accident. Elle a confirmé que malgré son inactivité, elle dépendait actuellement de produits opioïdes et d'un antidépresseur et que cette médication lourde lui était indispensable malgré son absence d'activité professionnelle, en raison du fait que la simple position verticale déclenchait chez elle des douleurs incapacitantes. Elle a également confirmé qu'elle ne souffrait, antérieurement à l'accident, d'aucune pathologie incapacitante.

X.\_\_\_\_\_, ami de l'intimée et de son mari, a expliqué qu'il connaissait le litige et avait déjà été entendu dans ce contexte, mais qu'il ne connaissait pas la procédure. Il a ajouté qu'il n'avait quasi plus de

contacts avec l'intimée qui ne sortait plus. Il a confirmé qu'auparavant, elle était une mère de famille active et perfectionniste. Il a ajouté qu'elle s'occupait de sa maison, qui était bien tenue, et de son commerce, ainsi que de son père qui habitait à côté dans le village. Il a en outre confirmé qu'elle était quasiment immobilisée par des douleurs excluant toute activité physique. Il a ajouté que, d'après ce qu'il entendait, l'intéressée ne sortait plus beaucoup, précisant qu'avant, ils se voyaient en tout cas une fois par semaine.

Egalement entendu comme témoin, T. \_\_\_\_\_ a déclaré que lorsque son épouse était bien, elle pouvait faire à manger et laver deux ou trois assiettes, mais que ce n'était pas tous les jours. Il a expliqué que parfois c'était pire et que dans ce cas-là, c'était lui et leur fils qui se débrouillaient. Il a précisé que lorsque cela n'allait pas, l'intimée ne faisait rien. Il a déclaré que son épouse était une personne gaie et travailleuse, qui avait toujours travaillé, avait été élevée à la campagne et faisait tout. Il a ajouté qu'aujourd'hui, elle ne pouvait faire aucune activité physique. Selon lui, l'intimée consacrait environ trois heures en moyenne au ménage, repas compris. Il a en outre confirmé qu'elle était quasiment immobilisée par des douleurs excluant toute activité physique. Il a précisé que lorsqu'elle était debout ou assise, mais sans dossier, elle avait beaucoup plus de douleurs. Il a expliqué qu'elle venait faire les courses avec lui le samedi et qu'il lui disait de venir pour qu'elle sorte un peu et ne reste pas enfermée. Il a précisé qu'en général, elle l'accompagnait lorsqu'ils allaient faire les courses, mais qu'ils n'allaient pas faire les courses tous les samedis et qu'elle ne venait pas à chaque fois, notamment lorsqu'elle n'était pas bien ou qu'elle n'en avait pas envie. Il a également confirmé que son épouse se retrouvait privée de toute activité professionnelle et sociale.

## **18. Actes de procédure liés aux expertises**

Par ordonnance sur preuve du 2 novembre 2018, la Présidente de la Chambre patrimoniale cantonale a notamment désigné en qualité de co-experts médicaux G. \_\_\_\_\_, médecin-chef, Team rachis, FMH chirurgie orthopédie, à l'Hôpital fribourgeois, et P. \_\_\_\_\_, psychiatre et

psychothérapeute FMH, expert médical SIM, à charge pour eux de se déterminer sur certains allégués et de produire un rapport de synthèse commun. La présidente a également nommé K.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert fiduciaire, à charge pour lui de se déterminer sur certains allégués.

G.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 9 octobre 2019, cosigné par le Dr [...], chef de clinique et de langue maternelle portugaise.

Un « *consilium orthopédique - psychiatrique* » signé par les deux experts a été rédigé le 21 novembre 2019.

Par courrier du 28 novembre 2019 à la présidente, P.\_\_\_\_\_ a notamment expliqué ce qui suit s'agissant de son expertise :

« Cette expertise s'est avérée nettement plus complexe qu'initialement prévu. En l'absence de dossier psychiatrique, il a été nécessaire de tenter de le constituer depuis l'accident il y a 12 ans en arrière. Un consilium avec le médecin traitant et un complément du dossier avec son aide ont été nécessaires. Nous avons aussi obtenu le dossier AI de l'assurée afin de comprendre la période d'évaluation par cette assurance. L'investigation du volet du handicap ménager a impliqué des entretiens avec le mari et le fils cadet de l'expertisée. L'existence d'une dépendance aux opiacés a motivé un consilium avec la pharmacienne cantonale afin de connaître les solutions au niveau cantonal pour ce problème. L'examen psychiatrique avec une traductrice a été laborieux, non seulement à cause de la barrière linguistique, mais surtout à cause de la faible capacité d'expression sur le plan émotionnel et du manque de capacité de mentalisation de l'assurée. »

P.\_\_\_\_\_ a déposé son propre rapport d'expertise le 5 décembre 2019.

Le 16 janvier 2020, K.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise.

Les 14 et 27 février 2020, l'intimée et l'appelante ont requis de pouvoir poser des questions complémentaires à l'expert fiduciaire.

Par courrier du 20 février 2020 aux experts médicaux, la présidente a constaté qu'elle attendait un rapport de synthèse commun

mais déclaré qu'elle se contenterait des deux rapports. Elle a précisé que, pour le cas où les parties requerraient des questions complémentaires, il leur appartiendrait de déposer une réponse commune.

Le 22 avril 2020, l'appelante a déposé des observations sur les rapports des deux experts médicaux. Elle a exprimé que les conclusions retenues par le Dr G.\_\_\_\_\_ étaient convaincantes, au contraire de celles du Dr P.\_\_\_\_\_, et que le consilium, excessivement succinct, ne répondait pas aux questions posées. L'appelante a requis une contre-expertise médicale psychiatrique et un complément d'expertise par G.\_\_\_\_\_.

Le 28 avril 2020, l'intimée a demandé un complément des expertises médicales.

Par courrier du 19 mai 2020, la présidente a indiqué aux parties qu'elle refusait la seconde expertise psychiatrique requise par l'appelante. Le même jour, elle a ordonné un complément d'expertise psychiatrique selon les questions posées par l'intimée dans sa demande du 28 avril précédent. Elle a également ordonné un complément de l'expertise fiduciaire afin de répondre aux questions des parties.

Le 28 mai 2020, P.\_\_\_\_\_ a requis de pouvoir répondre sur les nombreuses observations du conseil de l'appelante, celui-ci se montrant très critique envers son expertise. Il a réitéré sa demande le 11 juin 2020.

Par courrier du 18 juin 2020, la présidente a limité le complément d'expertise psychiatrique aux questions posées par l'intimée. Pour le surplus, elle a refusé à l'expert de procéder à un complément afin de répondre aux observations de l'appelante du 22 avril 2020.

Le 23 juin 2020, la présidente a en outre ordonné un complément d'expertise par G.\_\_\_\_\_.

Le 25 juin 2020, P.\_\_\_\_\_ a déposé le complément d'expertise requis ensuite des questions posées par l'intimée. Il a en outre

déposé ses commentaires sur « *les observations de Me Lehmann dans son courrier du 22 avril 2020* ».

Les 15 juillet et 27 août 2020, G.\_\_\_\_\_ a déposé des compléments d'expertise répondant aux questions posées par les parties.

Le 21 août 2020, K.\_\_\_\_\_ a déposé un rapport d'expertise complémentaires.

Le 14 septembre 2020, l'appelante a déposé des déterminations sur les rapports d'expertise médicaux complémentaires. Il a requis la mise en œuvre d'une contre-expertise médicale psychiatrique ainsi que la production, en mains de l'expert, « *du long échange de mails* » mentionné par P.\_\_\_\_\_ dans son expertise, soit des courriels échangés entre les deux experts médicaux.

Par courrier du 13 octobre 2020, la présidente a refusé d'ordonner une contre-expertise médicale psychiatrique.

L'appelante a réitéré sa requête de production de l'échange de mails entre experts médicaux par courrier du 30 octobre 2020.

Le 5 novembre 2020, la présidente a informé les parties qu'elle n'entendait pas demander la production des échanges de mails « *qui peuvent être mal interprétés sans explications* ».

## **19. Expertise du Dr G.\_\_\_\_\_**

**19.1** Dans son rapport du 19 octobre 2019, G.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'expertise était basée sur la documentation fournie par le tribunal, les examens complémentaires effectués et l'examen médical. L'expert a procédé à l'anamnèse de l'intimée, posé un diagnostic, constaté à titre de comorbidités une hypothyroïdie substituée et une cécité de l'œil gauche sur traumatisme à l'âge de 14 ans. Il ressort en outre de son rapport notamment ce qui suit :

« Lors de la dernière visite du 17.07.2019, nous avons retrouvé une patiente souffrant de douleurs cervicales axiales chroniques ainsi que par intermittence de paresthésies et dysesthésies séquellaires dans le territoire C7 droit, à prédominance distale. Ces plaintes sont connues depuis l'accident de 2007. Elle prend toujours des opiacés de façon chronique et est limitée fonctionnellement.

L'ensemble du bilan organisé par nos soins (...) s'avère compatible avec une atteinte neurogène chronique C7 droite, accompagnée d'une atteinte des voies sensitives centrales à prédominance gauche, sans élément majeur pouvant évoquer une atteinte radiculaire aiguë autre ni myélopathie compressive surajoutée. Le bilan radiologique confirme également une maladie des segments sus-jacents à ceux opérés, notamment C3-C4 et C4-C5 et dans une moindre mesure également des segments sous-jacents avec une sténose qui semble pour l'instant peu voire asymptomatique. A noter également une arthrose facettaire pouvant sûrement contribuer aux douleurs cervicales axiales en sus du déconditionnement musculaire post-traumatique, post-chirurgical et dégénératif.

Nous avons aussi pu constater et décrire une scoliose a priori dégénérative ainsi que des troubles dégénératifs au niveau de la colonne lombaire coïncidant avec l'âge de Mme C.\_\_\_\_\_. A noter également des signes arthrosiques majeurs au niveau des 2 épaules, pouvant mériter un avis spécialisé à l'avenir.

(...)

En résumé, nous retrouvons des éléments anatomiques et radiologiques pouvant expliquer des douleurs chroniques engendrées en partie par l'événement traumatique et ses suites et que le tableau clinique pouvait également naturellement être amplifié par le tableau psychologique qui s'est installé à la suite de l'accident et de toutes les étapes qui l'ont suivi.

De plus, la prise d'opiacés de façon chronique s'avère peu efficace. La littérature ci-dessous décrit d'ailleurs également qu'un tableau psychologique pareil et une mauvaise évolution post-opératoire peuvent rendre inefficace ce traitement. Il est donc difficile d'objectiver la limitation fonctionnelle de la colonne cervicale car la douleur reste toujours subjective malgré toute tentative de catégorisation. A noter également une petite discordance entre le côté subjectif des plaintes de la patiente et l'examen clinique objectif.

(...)

A rajouter à ces éléments d'ordre anatomique et clinique que notre patiente souffrait déjà d'une cécité à l'œil gauche, déjà elle-même handicapante, ainsi qu'une limitation du langage pour le français. Ces facteurs peuvent également contribuer à une limitation de la réinsertion professionnelle à l'heure actuelle.

(...)

## Réponses aux allégués

### **7. « Ses activités ménagères sont également limitées dans des proportions très considérables. »**

Nous ne disposons pas d'éléments anamnestiques de la patiente pour les activités ménagères à domicile mais confirmons les affections susmentionnées, pouvant entraîner des cervico-brachialgies chroniques. La force et la mobilité dans tous les axes restent relativement préservées. Dans tous les cas, il n'existe donc pas d'incapacité complète. Celle-ci serait plutôt estimée à 40%, notamment en ce qui concerne des mouvements répétitifs impliquant également une position des bras surélevée pour une longue période ou le port de charges très lourdes.

(...)

Nous attestons une incapacité de travail permanente de 40%.

### **48. « Quasiment immobilisée par des douleurs qui excluent toutes activités physiques... »**

Le tableau fonctionnel à l'heure actuelle montre une mobilité préservée dans tous les axes. Il est vrai que des activités physiques telles que pratique sportive ou travail impliquant des positions répétitives ou port de charges lourdes seraient à notre avis susceptibles de déclencher des cervicalgies et donc difficiles à supporter. Toutefois, une activité de bureau ou autre branche pourrait être envisagée.

### **217. « L'évaluation du 27 janvier 2012 du Dr S.\_\_\_\_\_ est correcte. »**

Les troubles dégénératifs des segments adjacents ainsi qu'un déconditionnement musculaire étaient déjà présents au moment de l'évaluation du Dr S.\_\_\_\_\_. Il est vrai qu'à l'époque il existait peut être une certaine discrédance entre les plaintes subjectives de la patiente et les trouvailles objectivées à l'examen clinique.

(...) Nous ne sommes toutefois pas d'accord avec le taux de 15% d'incapacité attribué, bien que les constats physiques soient superposables. L'affirmation « la fusion est acquise sans engendrer de troubles statiques segmentaires, qui nous laisse une mobilité convenable et aucun trouble neurologique résiduel » est peu précise vu les éléments que nous avons pu reproduire au courant de notre expertise.

### **242. Durant cette période [ndr : du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 30 novembre 2011], la demanderesse était capable de s'occuper de son ménage, bien qu'elle était limitée dans certaines tâches, comme porter des charges lourdes, passer l'aspirateur ou changer des lits. »**

Au vu de l'exposé, nous confirmons ceci.

### **243. « En tous les cas, sa capacité de travail médico-théorique, en relation avec l'activité ménagère était égale voire supérieure à 65%. »**

Nous sommes d'accord avec cette affirmation.

**291. « Malgré son inactivité, la demanderesse dépend actuellement de produits opioïdes et d'un antidépresseur. »**

(...) A notre avis, il faut considérer qu'au moins une partie de la situation est également conséquente à la pathologie traumatique et ses suites.

**293. « Cette médication lourde est indispensable à la demanderesse malgré son absence d'activité professionnelle, en raison du fait que la simple position verticale déclenche chez elle des douleurs incapacitantes. »**

(...) nous ne sommes pas d'accord avec cette affirmation. Le mot « *lourde* » pour une telle médication manque de précision. De plus, il n'est pas vrai que la simple position verticale déclenche des douleurs invalidantes ou ingérables. Un suivi plus rapproché par une équipe d'antalgie est indiqué dans ce genre de situation, afin de diminuer la dépendance aux opioïdes.

**298. « La demanderesse n'est pas responsable de ces limitations, qui l'empêchent de réaliser une activité professionnelle (...). »**

Nous n'attribuons pas 100% de responsabilité au traumatisme quant aux limitations actuelles, vu les troubles dégénératifs déjà certainement présents auparavant et du caractère subjectif des douleurs. Nous pensons plutôt qu'il existe une responsabilité partagée entre le vieillissement normal du corps humain et l'évènement traumatique.

(...)

L'incapacité totale pour toute activité est estimée à 40%.

**300. « La demanderesse ne souffrait, antérieurement à l'accident, d'aucune pathologie incapacitante. »**

Il faut prendre en compte qu'une partie des différents intervenants et que la patiente elle-même décrivent une cécité de l'œil gauche depuis l'âge de 14 ans et une limitation du langage. L'argumentation doit donc évaluer le contexte d'insertion de la patiente. S'il est vrai que pour les activités physiques qu'elle était prête à faire avant l'accident, ceci ne jouait pas un rôle très important et que Mme C.\_\_\_\_\_ a toujours travaillé à 100% malgré ces handicaps. La situation actuelle avec une limitation fonctionnelle rend une réinsertion difficile en raison de son manque de capacité et de compétence. »

En conclusion, l'expert a noté une limitation fonctionnelle de 40%. Il a précisé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la composante psychologique engendrée par l'accident et le tableau de douleurs chroniques mais que cela jouait évidemment un rôle sur l'ensemble de la symptomatologie, pouvant amplifier une partie des plaintes de la patiente. Sur le plan professionnel, l'expert a estimé que la patiente ne pouvait objectivement pas poursuivre son ancienne activité de femme de ménage mais qu'une activité adaptée n'impliquant pas des mouvements tels que

se baisser, ramasser des objets ou soulever des charges pourrait être envisagé à un taux maximal de 60%. Il fallait toutefois prendre en compte que sa capacité de concentration pouvait être diminuée par les médicaments pris.

**19.2** Dans son rapport complémentaire du 15 juillet 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ a précisé que sur les examens radiologiques réalisés, il retrouvait des troubles dégénératifs au niveau adjacent à la spondylodèse mais également au niveau du dessus, avec évolution arthrosique sténosante. Le développement d'une maladie du segment adjacent suite à une fixation C6-C7 dans un contexte traumatique était possible mais rare et aurait dû se trouver plutôt en C6-C5, alors que la patiente présentait un des troubles dégénératifs plus haut. L'expert suspectait ainsi plutôt des troubles dégénératifs naturels, non liés à l'événement traumatique. En outre, le fait de présenter des troubles dégénératifs aux niveaux C3-C4 et C4-C5 avec sténose foraminale n'engendrait pas forcément une symptomatologie invalidante empêchant l'activité de nettoyeuse de la patiente. Il estimait toutefois qu'on ne pouvait déterminer si, à l'âge de 53, celle-ci aurait développé cette problématique sans l'événement traumatique.

**19.3** Enfin, dans son complément du 27 août 2020, l'expert a répondu affirmativement à la question de savoir s'il pouvait confirmer les conclusions du rapport d'observation de l'entreprise de surveillance et du Dr L.\_\_\_\_\_ selon lesquelles l'intimée pouvait, lors des courses faites avec son mari, se lever, se baisser, porter des marchandises et des sacs d'un poids estimé entre 6 et 12 kg, lever les bras, rester debout pendant environ une heure, sans limitations fonctionnelles apparentes. L'expert a précisé que la baisse de la limitation de l'activité ménagère à 60%, alors qu'elle était de 65% du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 30 novembre 2011, était en lien avec le déconditionnement musculaire plutôt qu'avec les troubles dégénératifs qui avaient évolué. Il a en outre déclaré qu'à son avis, le pourcentage du facteur reliant l'événement traumatique aux limitations fonctionnelles était supérieur au pourcentage du vieillissement normal du corps humain et de l'état de santé de la patiente (y compris l'obésité),

dans une fourchette de 60% - 40%. L'expert a précisé que l'obésité avait bien sûr une incidence, puisqu'elle n'aidait pas au reconditionnement musculaire et limitait la patiente de manière fonctionnelle, mais qu'un pourcentage précis ne pouvait pas être établi. Enfin, il a constaté que l'abandon de la physiothérapie pour reconditionnement musculaire et suivi avait probablement engendré un important facteur négatif sur l'évolution des douleurs ainsi que sur la récupération fonctionnelle et l'éventuelle reprise du travail.

## **20. Consilium orthopédique - psychiatrique**

Il ressort ce qui suit du consilium précité *du 21 novembre 2019* » :

« D'un point de vue orthopédique, l'appréciation de la capacité de travail dans un emploi adaptée (sic) est de 60%. Dans une activité ménagère la capacité de travail est semblable.

D'un point de vue psychiatrique, il existe une atteinte dépressive-algique qui remonte aux suites de l'accident et qui n'a pas été diagnostiqué (sic) avant 2017, date du premier traitement antidépresseur. La capacité de travail dans l'économie du marché est estimée inexistante d'un point de vue psychiatrique. Tout au mieux, elle serait limitée à 30-50% dans un atelier protégé sans exigence de rendement. Dans une activité ménagère, la capacité de travail psychiatrique ne peut dépasser dans la durée les 50%.

Une comorbidité orthopédique-psychiatrique pas seulement (sic) ajoute des limitations psychiatriques à celles orthopédiques, elle amplifie considérablement l'atteinte globale, notamment algique découlant des altérations orthopédiques. En particulier, la douleur acquiert une intensité supérieure, rendant même les opiacés peu efficaces. Ainsi, la capacité de travail médico-théorique somatique ne peut pas être actualisée par le blocage psychique.

Les deux experts estiment ensemble que l'incapacité de travail psychiatrique, dans une activité professionnelle et dans une activité ménagère, supérieure à l'incapacité orthopédique, est celle qui doit être retenue d'un point de vue globale (sic). »

## **21. Expertise du Dr P. \_\_\_\_\_**

**21.1** Dans son rapport du 5 décembre 2019, l'expert a expliqué que son rapport se fondait notamment sur le dossier de l'expertisée, son dossier AI, l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_, des échanges de courriels et un consilium avec lui, un consilium avec la pharmacienne cantonale, le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ et un consilium avec lui, des entretiens avec

l'expertisée, son mari et son fils cadet. L'expert a également résumé les différents rapports médicaux qu'il a pu consulter, ainsi que les documents des procédures administratives et judiciaires. Il a fait l'anamnèse personnelle et familiale de l'intéressée, ainsi que son anamnèse professionnelle et actuelle. Il a également rapporté les plaintes de l'expertisée.

Le Dr N. \_\_\_\_\_ lui a notamment relaté qu'il n'y avait jamais eu de suivi psychiatrique et qu'il estimait que sa patiente aurait consulté un psychiatre parlant sa langue si elle en avait eu la possibilité. Interpellé dans le cadre d'une procédure où on lui avait posé la question de savoir si l'intimée présentait un état dépressif, il a expliqué qu'il s'était alors demandé si un tel état lui aurait échappé. Il a précisé que sa patiente était très peu demandeuse de nature, se satisfaisait de peu, était peu revendicatrice et qu'il était tout à fait possible qu'une atteinte psychique ait pu passer inaperçue dans son cas. En 2017, il a constaté des symptômes thymiques et anxieux nets, dont une tristesse, des troubles du sommeil, des angoisses, une aboulie et une anhédonie. A ce stade, il estimait toutefois l'état thymique en grande partie résorbé.

Lors de l'entretien avec l'intimée, d'une durée de 6 heures avec deux brèves pauses, l'expert a noté qu'elle voulait toujours se montrer capable d'assumer, cherchait à faire plaisir à son interlocuteur malgré la fatigue progressive. Il a précisé qu'elle avait gardé la position assise durant toute la durée de l'examen, ne manifestant pas d'attitude antalgique, et qu'elle appuyait sa tête en arrière sur le dossier du fauteuil.

L'expert a posé le diagnostic de « *trouble dépressif caractérisé, épisode isolé, de gravité légère 296.21 (F32.0)* » et de « *trouble de l'usage des opiacés, moyen 304.00 (F11.20)* ». Il a notamment précisé ce qui suit concernant son diagnostic : « *Le dossier médical est très succinct pour le volet psychique. Une évaluation spécialisée fait défaut depuis l'accident de 2007. La seule mention d'une atteinte thymique est celle du chirurgien de la SUVA qui évoque une*

"thymie modérément abaissée". Une médication antidépressive est administrée depuis juillet 2017 mais un diagnostic thymique manque. »

En réponse aux questions qui lui ont été posées, l'expert a notamment répondu ce qui suit :

« (...) L'atteinte à la santé psychique et algique semble en lien dominant avec l'accident. L'accident est un élément indispensable pour la décompensation psychique et l'état algique (condition *sine qua non*). Sa causalité doit être considérée comme hautement probable. Sans cet accident, il est peu probable que l'assurée aurait souffert d'un état thymique précaire et chronique, et elle n'aurait certainement pas des douleurs si importantes au point de la rendre dépendante aux opiacés.

(...) Il existe des facteurs de stress émotionnels étrangers à l'accident de 2007. Il y a une haute vraisemblance que ceux-ci participent à la genèse et à l'entretien des troubles actuels.

(...) L'aggravation de l'état de santé de son père a probablement contribué à la décompensation thymique de 2017 liée à la possible réactivation des traits de personnalité abandonnique forgés précocement.

(...) L'aggravation de l'état de santé du père aurait eu un impact sur l'état de santé psychique même sans l'accident. Toutefois, cette répercussion serait nettement moindre que dans l'état post-accident.

(...) Il est très difficile de chiffrer l'importance de telles prédispositions au niveau de la personnalité. (...) Le fait que l'assurée n'ait pas été évaluée sur le plan psychiatrique après son accident, et ce durant les 12 ans qui ont suivi, est un facteur aggravant sa situation car il a empêché la mise en place de soins appropriés. De même, l'administration d'un traitement morphinique massif et à posologie croissante sans l'avis d'un centre spécialisé de la douleur a probablement joué un rôle dans la réponse antalgique partielle et dans la dépendance aux opiacés. Un autre exemple est l'appréciation de l'OAI en décembre 2010 que des "mesures professionnelles n'auraient pas permis de réduire le préjudice économique". Cette assurance conclut en juillet 2008 à "pas de motivation pour la réadaptation professionnelle". Pourtant, l'OAI n'a pas jugé utile avant de refuser son aide à l'assurée de prendre en considération son état psychique et par conséquent sa conclusion sur sa motivation ou son absence est à mon avis déficiente. Plusieurs éléments ont contribué à l'état que l'on observe actuellement, et je n'en ai cité que quelques exemples. Isoler les prédispositions au niveau strict de la personnalité est un exercice très théorique et peu précis. Si je devais malgré tout m'y prêter, je dirais que les facteurs étrangers à l'accident ne devraient pas avoir un impact supérieur à 10% à 20% si le reste de la prise en charge était satisfaisant.

La forte combativité et le ferme attachement au travail permettent de nuancer l'impact des traits abandonniques. On peut ainsi considérer que ces facteurs ont pu compenser en grande partie la fragilité abandonnique.

Si l'on tient compte des facteurs de prédisposition, il y a aussi lieu de rappeler que l'atteinte post-accident diagnostiquée dans l'expertise orthopédique est évolutive. L'expert orthopédique indique que la poursuite de la dégénération arthrosique peut non seulement aggraver les douleurs mais aussi contraindre à un certain moment à une chirurgie réparatrice dont l'issue n'est jamais assurée. Chez une personne âgée de 53 ans, victime d'un accident à 41 ans, il est probable que la comorbidité orthopédico-psychiatrique sera aggravée dans les décennies à venir de manière à largement compenser et dépasser la contribution des facteurs de prédisposition.

(...)

Depuis l'accident, l'activité antérieure de femme de ménage n'était plus exigible.

L'activité ménagère est limitée et de nombreuses tâches sont assumées par le mari. Par exemple, l'assurée ne peut pas passer l'aspirateur, ni sortir le linge mouillé du lave-linge. Mme C. \_\_\_\_\_ estime ne pas pouvoir porter plus de 2-3 kg. Elle doit fractionner son activité ménagère et se reposer en position couchée déjà après 45 minutes d'activité debout. (...)

Tenant compte de l'assistance de son mari, on peut estimer que l'expertisée assume environ 50% de ses responsabilités ménagères, à son rythme et dans la durée.

Dans la phase consécutive à l'accident et allant jusqu'à fin novembre 2011, cette capacité était probablement encore inférieure. (...) Il est très difficile de revenir 12 ans en arrière sur le plan psychiatrique sans aucune référence documentée, mais l'évaluation de la SUVA début 2012 oriente vers un état dépressif non diagnostiqué et non médicalisé qui pouvait diminuer considérablement la capacité de travail ménager, voire l'annihiler totalement.

(...) Avec les réserves ci-dessus, la capacité de travail ménagère post-accident et jusqu'au 30 novembre 2011 devait se situer à environ 30-40% au mieux.

(...) [L'état de santé du père] reste donc un impact théorique des traits abandonniques qui, s'il devait être chiffré, ne devrait pas dépasser à lui seul 10-20% de la perte de la capacité de travail en tant que ménagère, mais qui peut être compensé par la force de caractère et la combativité de Mme C. \_\_\_\_\_.

(...) La profession antérieure est incompatible avec l'état de santé post-accident. L'impact de l'atteinte à la santé est de 100%.

(...) la capacité de travail ménagère, assistée par le mari, peut être estimée globalement et dans la durée proche de 50%. »

L'expert a estimé que plusieurs mesures médicales et réhabilitatives faisaient défaut à ce stade et il a préconisé certaines mesures afin de réduire les conséquences du handicap, parmi lesquelles la pratique d'exercices physiques appris à la CRR afin d'éviter le déconditionnement, la physiothérapie douce et les techniques de relaxation « *mindfulness* ». De même, il a estimé qu'il existait de nombreuses limitations psychiques de nature handicapante et que compte tenu de ces restrictions, il voyait mal quelle activité serait adaptée à l'expertisée dans l'économie de marché. Selon lui, dans le meilleur des cas, et si l'OAI acceptait sa participation à un atelier protégé, une telle activité à temps partiel, de l'ordre de 30% et sans exigence de rendement, serait possible, la priorité étant aux soins et l'intégration des mesures préconisées étant une démarche qui demanderait du temps et de l'énergie laissant peu de ressources pour un travail peu probable à but lucratif. En tous les cas, il a précisé que même dans un cadre protégé, il paraissait difficile d'envisager un taux d'activité à faible rendement dépassant les 50%.

A la question de savoir si l'intimée était « *quasiment immobilisée par des douleurs qui excluent toutes activités physiques* », l'expert a répondu qu'une activité de nature physique comme celle exercée auparavant de femme de ménage à 100%, travaillant entre autres sur des chantiers, ne semblait pas du tout compatible avec les lésions post-accident. Selon lui, même une activité de nature légère, nécessitant de tenir la tête durant quelques heures, risquerait d'aggraver les douleurs cervicales et une activité nécessitant une inclinaison de la tête vers le bas, telle que le métier de sertisseuse, suggéré par la SUVA, solliciterait trop la nuque. L'expert a relevé que l'intimée souffrait sans doute d'un handicap qui rendait presque impossible sa réinsertion socioprofessionnelle dans un emploi lucratif. Selon lui, une telle réinsertion, si elle était envisageable, serait du ressort de l'OAI. Il a estimé que sans des mesures d'évaluation, d'orientation et de placement, on voyait mal comment une personne avec une comorbidité orthopédique et psychiatrique de cette ampleur pourrait retrouver une place de travail dans l'économie.

Interrogé sur l'évaluation du Dr S.\_\_\_\_\_, l'expert a déclaré ce qui suit : *« L'évaluation du Dr S.\_\_\_\_\_ du 27.01.2012 correspond à celle d'un chirurgien de la SUVA. Bien que non-spécialiste en psychiatrie, il a surtout noté l'existence d'une "thymie modérément abaissée". On se pose la question de savoir pourquoi, avant d'attribuer une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce spécialiste n'a pas demandé une évaluation psychiatrique. Celle-ci aurait peut-être pu aider à comprendre la "nette discordance" qu'il a observée et qui découle probablement de l'existence d'un tableau dépressif sous-jacent qui amplifie le ressenti algique. Cette évaluation, comme tant d'autres avant et après, n'ont pas tenu compte du volet psychique du tableau et l'ont banalisé, alors qu'il était présent probablement dès les phases les plus précoces après l'accident. »*

A la question de savoir s'il était exact que le séjour à la clinique de réhabilitation avait augmenté la mobilité cervicale de l'intimée, mais aussi exacerbé les douleurs cervicales d'une manière excluant toute activité, l'expert a relevé qu'en l'absence d'une évaluation psychiatrique au cours du séjour à la CRR ou par la suite, il n'était pas aisé de se prononcer sur le lien entre les douleurs et l'état psychique. Il a cependant estimé probable que la phase consécutive au séjour à la CRR avait confronté l'intéressée à son incapacité à reprendre le cours de sa vie comme elle l'entendait et que ce trouble adaptatif avait pu induire la création d'un cercle vicieux entre l'atteinte thymique-anxieuse et les douleurs avec une amplification mutuelle et un effet *« boule de neige »* conduisant à une chronicisation et une fixation sur la douleur dont on était témoin à ce jour.

L'expert a posé que si l'intimée devait exercer un travail de précision ou travailler sur des machines, son attention pourrait être réduite par les opioïdes, produits à caractère sédatif. Il a ajouté qu'une baisse de la médication opioïde était une priorité d'un point de vue médical avant de songer à un placement dans un emploi et qu'en tenant compte du fait que cette baisse pourrait fragiliser l'intimée sur le plan

algique comme psychologique en général, il était prématuré d'évoquer une réinsertion avant de traiter le problème médical de fond.

A la question de savoir si l'intimée n'était pas responsable de ses limitations, l'expert a répondu qu'on ne pouvait pas lui imputer une responsabilité de quelque nature que ce soit concernant ses limitations fonctionnelles objectives et qu'elle n'était certainement pas responsable de l'absence d'une prise en charge psychiatrique depuis son accident. L'expert a souligné que l'intimée aurait pu bénéficier d'un traducteur lors des contacts avec le corps médical et administratif, ce qui ne semblait pas avoir été jugé nécessaire, et qu'on pouvait se demander si elle avait été écoutée et comprise par ses interlocuteurs jusqu'ici. Il a ajouté qu'on ne voyait pas en quoi elle serait responsable du refus de l'OAI de lui apporter un soutien pour une réhabilitation. L'expert a relevé que l'intimée avait suivi toutes les consignes d'ordre médical de tous ses médecins, qu'elle prenait régulièrement ses médicaments et que sa compliance était satisfaisante.

L'expert a relevé que rien dans le dossier n'apportait des éléments en faveur d'une pathologie psychiatrique avant l'accident et qu'une atteinte orthopédique dégénérative ne semblait pas non plus faire partie de la documentation. Il a noté qu'aucune pathologie somatique au sens général n'avait été signalée, hormis la perte accidentelle de l'œil gauche à l'âge de 14 ans, surmontée sans atteinte psychique, et qu'une hypothyroïdie était substituée et ne pouvait pas jouer un rôle dans l'atteinte psychique consécutive à l'accident. L'expert a relevé que l'intimée n'était pas responsable de son état d'invalidité. Il a ajouté que son état aurait pu être meilleur s'il avait été évalué correctement dès le début sur le plan médical et asséculoologique. Selon lui, il était évident que les soins ne devaient pas être uniquement centrés sur les troubles orthopédiques et que des soins psychiatriques avaient manqué. Il a précisé que l'intimée était la victime de l'administration de doses importantes d'opioïdes qui l'avaient rendue toxicodépendante sans le savoir et sans qu'une alternative d'antalgie soit suffisamment recherchée. Selon l'expert, elle subissait les conséquences d'un refus de réhabilitation

de la part de l'OAI dans une phase où il était peut-être encore possible de mobiliser les quelques ressources adaptatives résiduelles chez une personne qui avait toujours été très attachée au travail.

**21.2** Dans son complément du 25 juin 2020, l'expert P.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il estimait que, sans l'accident, l'impact psychique de la maladie du père de l'intimée aurait été de nature transitoire et qu'un impact éventuel sur la capacité de travail aurait duré peut-être 1-2 mois, comme dans d'autres cas de deuil. Selon lui, une réduction de la capacité de travail ne serait pas nécessairement importante, tenant compte de la motivation de l'intimée au travail. Il a expliqué que, sans l'accident, on ne pouvait pas totalement exclure une incapacité de travail psychique suite à l'aggravation de l'état de santé du père, mais que l'absence d'antécédents psychiques avant l'accident, à l'instar de l'absence d'un trouble de la personnalité avéré, permettaient de prévoir une évolution rapidement favorable d'éventuels troubles psychiques pouvant surgir dans un tel contexte. L'expert a estimé que sans l'accident, il était très peu probable que l'intimée ait connu l'effondrement et la transformation de la personnalité constatée alors. L'expert a également confirmé que l'accident avait joué un rôle très largement prépondérant dans l'invalidité constatée, les facteurs étrangers à l'accident étant de nature à aggraver le pronostic (traits abandonniques) mais aussi à le rendre plus favorable (motivation au travail, position de pilier de la famille, sens des responsabilités...) et semblant s'équilibrer entre eux.

## **22. Expertise financière**

Dans son rapport du 16 janvier 2020, complété et corrigé par le rapport complémentaire du 21 août 2020, l'expert a relevé que, sans l'accident, l'intimée aurait réalisé un revenu net de 162'478 fr. pour la période allant du 25 octobre 2007 au 30 novembre 2011, soit un revenu annuel net moyen de 39'656 francs. Sur la base des chiffres en sa possession, il a considéré que l'intimée avait bénéficié d'une surindemnisation de 9'579 fr. 95, ce qui correspondait principalement à la rente AI.

Concernant le dommage de rente, l'expert s'est basé sur un salaire annuel brut de 46'460 fr. (salaire qu'aurait réalisé l'intimée en 2011 sans l'accident). Dans l'hypothèse où l'intimée aurait pu reprendre une activité à temps complet dès décembre 2011, elle aurait obtenu mensuellement une rente de vieillesse AVS de 1'175 fr. et une rente du 2<sup>e</sup> pilier de 528 fr. (20'436 fr. par année au total). Ce calcul tient compte du fait que l'intimée aurait bénéficié d'une exonération de l'obligation de payer des cotisations, liée à la décision de rente rendue par l'OAI. Dans l'hypothèse où elle n'aurait pas été victime d'un accident, elle aurait obtenu mensuellement des rentes de 1'175 fr. et 572 fr., soit 20'964 fr. par année. Par conséquent, l'expert a chiffré la perte sur les rentes de vieillesse à 528 fr. par an (20'964 fr. - 20'436 fr.).

L'expert a en outre confirmé que l'intimée connaissait d'importantes lacunes de cotisations, son échelle de cotisations s'établissant à 28 contre 44 pour une carrière complète. Selon lui, les lacunes de cotisations représentaient ainsi environ 36% d'une carrière normale de cotisations. Dans son complément d'expertise, il a confirmé que la rente à laquelle l'intimée aurait eu droit en cas de pleine période de cotisation aurait été de 1'991 fr. avec un revenu annuel moyen de 56'680 fr., alors qu'elle ne toucherait que 1'267 fr. dans sa situation actuelle, avec une échelle 28, soit 64% de la rente complète.

S'agissant des montants versés par l'appelante au titre des prestations de l'assurance responsabilité civile, l'expert a confirmé les chiffres suivants :

Domage ménager	Fr.	29'300.00
Acompte tort moral	Fr.	5'000.00
Acompte général	Fr.	10'000.00
Frais d'avocat	Fr.	10'000.00
Versement		Fr.
100'000.00		
Décomptes RC (perte de gain, aide au ménage et divers)	Fr.	12'676.20
Surindemnisation	Fr.	- 3'880.50

**Total décompté par l'appelante**

**Fr. 163'095.70**

**23.** L'audience de plaidoiries finales a eu lieu le 13 avril 2021, en présence de l'intimée, assistée de son conseil, et du conseil de l'appelante.

**En droit :**

**1.**

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

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

**1.2** En l'espèce, formé en temps utile par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC) contre une décision finale rendue dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse était supérieure à 10'000 fr. en première instance, l'appel est recevable.

**2.** L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. c CPC) et vérifie si celui-ci pouvait admettre les

faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 5A\_902/2020 du 25 janvier 2021 consid. 3.3 ; TF 4A\_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2 ; JdT 2011 III 43 consid. 2 et les réf. citées).

### **3.**

**3.1** L'appelante invoque dans un premier moyen une appréciation arbitraire des preuves. Elle fait valoir que les premiers juges auraient dû écarter le rapport d'expertise de P.\_\_\_\_\_ « *compte tenu de ses nombreuses insuffisances, de ses conclusions manifestement erronées et de la prévention de l'expert* ». Les premiers juges auraient dû selon elle se fonder uniquement sur le rapport de l'expert orthopédique et sur les autres rapports médicaux au dossier. L'appelante formule de très nombreux griefs et expose de longs développements quant aux rapports du Dr P.\_\_\_\_\_. Elle invoque des lacunes, des constatations factuelles erronées et des « *tournures à connotation subjective* ». Elle reproche en particulier à l'expert de s'être basé sur les déclarations de l'intimée, de son mari et de son fils cadet, les tenant pour conformes à la réalité, sans tenir suffisamment compte des autres pièces médicales et administratives au dossier. Il aurait minimisé grandement l'impact des facteurs étrangers à l'accident sur l'état de santé psychique de l'intimée. L'expert aurait en outre dépassé ses compétences et la mission qui lui a été confiée en retenant des limitations somatiques allant au-delà des conclusions de l'expertise orthopédique et des autres évaluations orthopédiques au dossier. L'appelante lui reproche également d'avoir critiqué les avis de l'OAI et de la SUVA et d'avoir posé des observations rétroactives. Elle se fonde enfin sur les déterminations spontanées de l'expert du 25 juin 2020 et fait valoir qu'il a manqué de retenue dans ses propos.

L'intimée soutient pour sa part que le rapport d'expertise psychiatrique est exhaustif et complet. Elle fait valoir que les critiques émises quant à la pertinence médicale de ce rapport ne reposent sur aucune base documentée ou scientifique. Elle considère dès lors qu'il n'y a aucune raison d'écarter l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_.

**3.2** Le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées (art. 157 CPC). Partant, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1).

L'appréciation *in concreto* de la valeur probante d'une expertise ressortit au fait. Le juge n'est en principe pas lié par les conclusions de l'expert. Il doit apprécier le rapport en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. Dans le domaine des connaissances professionnelles particulières de l'expert, le juge ne peut toutefois s'écarter de ses conclusions que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis qu'il lui incombe d'indiquer en ébranlent sérieusement la crédibilité (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; TF 5A\_266/2017 du 29 novembre 2017 consid. 6.3 ; TF 4A\_396/2015 du 9 février 2016 consid. 4.1 et les réf. citées), la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer par exemple sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (TF 9C\_603/2009 précité consid. 3.2). Peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que le

rapport d'expertise présente des contradictions ou attribue un sens ou une portée inexacts aux documents et déclarations auxquels il se réfère (TF 5A\_94/2019 du 13 août 2019 consid. 3.2.3). Tel est aussi le cas lorsque l'expert ne répond pas aux questions qui lui ont été posées, qu'il ne motive pas ses constatations et conclusions ou que celles-ci sont contradictoires ou si, d'une quelconque autre façon, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, que le juge ne pouvait tout simplement pas les ignorer (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; TF 4A\_487/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017 consid. 2.4). 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 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 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_603/2009 précité consid. 3.2 ; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

On peut et on doit attendre d'un expert médecin 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\_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1 ; TF 9C\_603/2009 précité consid. 3.3 et les réf. citées).

Il n'est pas arbitraire de considérer comme plus objective l'opinion émise par des experts judiciaires choisis en toute indépendance par l'autorité judiciaire plutôt que celle du médecin traitant, qui a le souci d'éviter tout ce qui pourrait perturber son travail et qui souhaite s'abstenir de provoquer chez son patient un ressentiment qui rendrait sa mission plus difficile ou même impossible (ATF 124 I 170 consid. 4). En cas de divergence d'opinion entre expert et médecin traitant, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il n'en va différemment que si le médecin traitant fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 6B\_302/2008 du 11 août 2008 ; CACI 31 août 2016/486 consid. 3.2.2).

Une expertise privée n'a pas la même valeur qu'une expertise judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c ; TF 4D\_71/2013 du 26 février 2014 consid. 2.5). La jurisprudence ne lui reconnaît en principe pas de force probante particulière ; elle doit être considérée comme de simples allégations d'une partie (ATF 132 III 83 consid. 3.4 ; TF 4D\_71/2013 précité consid. 2.5 et l'arrêt cité). 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 précité consid. 2.5), ou encore qu'elle soit corroborée par des indices qui, eux, sont établis par des preuves (TF 4A\_410/2021 du 13 décembre 2021 consid. 3.2).

**3.3** Les premiers juges ont constaté que les deux experts judiciaires s'étaient penchés sur l'état de santé de l'intimée, que les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que leurs rapports se fondaient sur des examens complets, prenaient en considération les plaintes exprimées par l'intimée et contenaient des conclusions dûment

motivées. Ils ont estimé qu'il n'y avait pas de motifs impératifs de s'écarter de leurs avis. Ils ont pris en compte que l'expert G. \_\_\_\_\_ avait retenu une incapacité de 40%, laquelle n'était selon lui pas entièrement attribuable à l'accident, et que l'expert P. \_\_\_\_\_ estimait quant à lui qu'il y avait, en plus des atteintes physiques, des souffrances psychologiques dont il fallait tenir compte pour déterminer l'incapacité de l'intimée. En conséquence, ils ont pondéré ces deux avis médicaux pour retenir la capacité de travail résiduelle de l'intimée. Dans l'examen de chaque élément du dommage résultant de l'incapacité de gain, les premiers juges se sont référés tant au rapport de l'expert orthopédique qu'à celui de l'expert psychiatre.

**3.4** En l'espèce, il convient à titre préalable de constater qu'il a été décidé d'ordonner une expertise et de désigner deux co-experts, soit un médecin spécialisé en orthopédie et un psychiatre. Il était donc clairement question d'examiner tant l'impact physique que psychologique de l'accident sur l'intimée et l'appelante ne s'est pas opposée à cette façon de procéder.

Les deux experts ont rendu chacun un rapport séparé, au lieu d'un rapport de synthèse commun, afin de répondre aux différents allégués qui leur ont été soumis. Ils ont pour le surplus déposé un bref «*consilium orthopédique - psychiatrique* » commun. L'appelante admet la pleine valeur probante de l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ - dont elle ne remet en cause ni les compétences, ni l'impartialité - mais récuse celle de l'expert psychiatre et celle du consilium rédigé par les co-experts. Il n'est toutefois pas possible, dans le cas présent, de se fonder uniquement sur l'expertise orthopédique, laquelle ne tient absolument pas compte des conséquences psychologiques de l'accident sur l'intimée, alors qu'il a été admis par les deux parties que cet aspect devait également être examiné et que l'expert G. \_\_\_\_\_ a également formellement réservé l'impact psychologique de l'accident sur l'intimée. Si l'expertise psychiatrique devait être écartée, il conviendrait alors d'ordonner une nouvelle expertise comme requis par l'appelante dans son appel, ce qui ne sera toutefois pas nécessaire au vu des considérants qui suivent, permettant de conclure,

par le biais d'une appréciation anticipée des preuves, à l'inutilité d'une nouvelle expertise vu le caractère probant et suffisant des expertises au dossier.

L'expertise psychiatrique du Dr P.\_\_\_\_\_ est très complète et détaillée. L'expert a fait un résumé des rapports médicaux consultés et du rapport d'expertise établi par le Dr G.\_\_\_\_\_. Il a relaté le plan de traitement (antalgiques et psychotropes) du Dr N.\_\_\_\_\_ depuis 2012, ainsi que les entretiens qu'il a eus avec les différents professionnels consultés (la pharmacienne cantonale, le médecin traitant de l'intimée, le Dr G.\_\_\_\_\_). S'agissant des propos de l'intimée, de son mari et de son fils cadet, l'expert a indiqué précisément et à chaque étape de son rapport lorsqu'il se rapportait à leurs déclarations ou aux plaintes de l'intimée. Il a toujours fait la distinction entre ce qui lui était déclaré et ce qu'il constatait, ainsi que les conclusions qu'il en tirait. L'expert a fait l'anamnèse complète de l'intéressée, personnelle et familiale, professionnelle et actuelle. Il a ensuite répondu aux questions qui lui étaient expressément posées, sans outrepasser ses compétences comme le soutient l'appelante : les questions posées portaient sur les conséquences de l'accident sur l'état de santé de l'intimée et sa capacité de travailler et d'effectuer des tâches ménagères. Répondre à ces questions impliquait de prendre en compte tant les éléments orthopédiques que les éléments psychiatriques, raison pour laquelle ont été nommés deux co-experts. Même si ceux-ci ont pris le parti de rédiger chacun un rapport, le Dr P.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas répondre complètement aux questions posées sans prendre en compte les éléments orthopédiques relevés dans les différents rapports médicaux et, surtout, par le co-expert G.\_\_\_\_\_.

S'agissant du reproche fait à l'expert psychiatre d'avoir admis les propos de l'intimée et de ses proches, les choses ne sont pas telles que le présente l'appelante. L'expert a certes relaté les propos de l'intimée et ses plaintes, mais pas uniquement. Il a également exposé ses propres constatations portant sur une personne combative et attachée au travail, dont le niveau intellectuel semblait proportionnel au niveau de

scolarisation, sans capacité de mentalisation et d'introspection. C'est précisément en sa qualité de psychiatre et avec ses connaissances spécifiques qu'il a été capable de discerner qu'il n'y avait pas trace de manipulation de la part de l'intimée, d'attitude ostentatoire ou revendicatrice. L'admission des propos d'un expertisé est un aspect en soi de l'expertise : l'expert psychiatre est compétent pour déterminer si les propos d'une personne peuvent être retenus ou doivent être appréciés avec circonspection en raison de simulation ou de tentative de manipulation. Le seul fait de retenir les propos de l'expertisée ne permet pas de considérer que l'expert est partial.

L'appelante reproche également à l'expert psychiatre d'avoir fait une description de la situation personnelle et professionnelle de l'intimée avant et après l'accident qui manquerait de nuances. Cela étant, l'appelante - par la voix de son conseil - substitue sa propre vision de la situation : selon l'appelante, travailler comme femme de ménage à 100% devait être éprouvant, le retour en Suisse de l'intimée ne devait pas être évident et le fait de ne plus s'occuper de ses trois enfants devait être pour elle une étape difficile. L'appelante en tire ensuite des conclusions : l'expert aurait minimisé l'impact des facteurs étrangers à l'accident sur l'état de santé psychique de l'intimée. Il s'agit là d'une appréciation propre à l'appelante, qui ne permet pas davantage de remettre en question l'appréciation de l'expert psychiatre, lequel est un spécialiste qui a effectué une expertise complète et détaillée de la situation, ni la valeur à donner à son expertise.

L'appelante reproche à l'expert d'avoir jugé sévèrement l'OAI et le médecin de la SUVA. Or le Dr P. \_\_\_\_\_ a été appelé à examiner rétrospectivement les conséquences de l'accident d'un point de vue psychiatrique. Pour ce faire, il s'est penché sur l'entier des rapports médicaux et décisions qui ont été prises par les médecins et les assurances sociales intervenus dans la situation, ce qui lui a permis d'avoir autant que possible une vue de la situation depuis l'accident. Il a constaté que le dossier médical était très succinct en ce qui concernait le volet psychique et que l'absence de prise en charge à ce niveau était un

facteur aggravant la situation de l'intimée. Il a également noté que l'intimée aurait bénéficié de la présence d'un traducteur lors des contacts avec le corps médical et administratif, ce qui ne semblait pas avoir été jugé nécessaire, et qu'on pouvait se demander si elle avait été écoutée et comprise par ses interlocuteurs jusqu'ici. Un expert, par sa position, est neutre. Dans le cadre de l'examen d'une situation, il peut bien évidemment constater que certaines démarches ont eu des effets positifs ou négatifs sur la situation. Si sa critique de ces démarches est motivée et qu'elle n'apparaît pas excessive, elle ne constitue pas l'indice d'une prévention de l'expert. A défaut, les experts perdraient toute liberté de donner leur avis sur une situation donnée, ce qui est contraire au principe même de l'expertise. Or en l'espèce, quoi qu'en dise l'appelante, les propos de l'expert n'apparaissent en aucun cas excessivement « sévères » car ils reposent sur des constatations dûment exposées.

Quant au grief de prévention tiré des déterminations spontanées de l'expert, il convient d'abord de noter que dans son complément sur questions de l'intimée du 25 juin 2020, ses propos sont pondérés et retenus, exempts de toute qualification dépréciative ou de tournure à connotation subjective. S'agissant des déterminations spontanées déposées en réponse aux observations de l'appelante du 22 avril 2020, on constate effectivement que le ton est différent du ton utilisé dans le rapport et son complément. A l'évidence, l'expert a voulu répondre aux attaques formulées par l'appelante contre son rapport et ce malgré le refus de la présidente du 18 juin 2020 de recueillir ses déterminations. On peut dès lors se poser la question de la recevabilité de ces déterminations spontanées, par lesquelles l'expert paraît avoir défendu sa démarche d'expertise et son résultat après s'être senti attaqué. Quoi qu'il soit, elles ne sont pas nécessaires à la résolution du litige, de sorte qu'elles n'ont pas été reprises dans l'état de fait. Par ailleurs, elles ne sauraient faire naître après coup un soupçon de prévention sur le rapport établi initialement de manière tout à fait professionnelle et neutre par l'expert.

Pour le surplus, l'appelante critique un certain nombre d'appréciations de l'expert, lesquelles ont été reprises par les premiers

juges. Celles-ci seront examinées ci-après dans le cadre de l'examen des différents griefs de l'appelante. A ce stade, elles ne constituent pas la preuve d'une prévention de l'expert ou d'une analyse incomplète de la situation.

#### **4.**

##### **4.1**

**4.1.1** Selon l'appelante, c'est à tort que les premiers juges n'ont pas tenu compte des prédispositions constitutionnelles de l'intimée et d'une violation de l'obligation de diminuer le dommage à sa charge. Il en résulterait un calcul erroné de la perte de gain passée et future.

L'appelante fait valoir que l'expert G. \_\_\_\_\_ n'attribue pas 100% de responsabilité des limitations fonctionnelles constatées à l'accident, mais tient compte de 40% pour les troubles dégénératifs. Ce serait ainsi une capacité de travail de 76% qui aurait dû être retenue (100% - 24% [60% de l'incapacité de travail de 40%]) sur la base de l'expertise judiciaire orthopédique et les avis divergents des deux co-experts n'auraient pas dû être pondérés. Subsidiairement, si une prédisposition constitutionnelle indépendante n'était pas admise, il faudrait retenir une prédisposition liée qui conduirait à une réduction de l'indemnité sur la base de l'art. 44 CO.

L'appelante soutient ensuite que le déconditionnement musculaire de l'intimée a été favorisé par son inactivité, son obésité et l'abandon de la physiothérapie, en violation de son obligation de réduire le dommage. Elle considère que l'intimée aurait dû rester aussi active que possible, reprendre la physiothérapie préconisée et utiliser un siège ergonomique. Elle aurait également dû accepter les mesures de réorientation professionnelle octroyées par l'OAI en été 2010. Sur ce point, ce serait à tort que les premiers juges auraient retenu que l'OAI n'avait pas offert son aide et son soutien à l'intimée.

Ces différents éléments auraient dû amener les premiers juges à réduire les indemnités allouées.

**4.1.2** L'intimée pour sa part fait valoir que le dossier ne contient aucun élément permettant de penser que son état arthrosique, son hypothyroïdie et sa cécité monoculaire l'auraient contrainte à réduire ou à cesser son activité. Quant aux prédispositions d'ordre psychiatrique en raison de difficultés d'adaptation lors du retour en Suisse et de l'émancipation de ses enfants et à l'état dépressif suite au décès de son père invoqué par l'appelante, il s'agirait de spéculations ne reposant sur aucun élément du dossier.

S'agissant de son obligation de diminuer le dommage, l'intimée conteste avoir refusé des mesures de réadaptation professionnelle. Elle rappelle que c'est l'OAI qui y a renoncé et qu'elle-même s'est opposée au préavis de l'OAI du 21 décembre 2020 et a sollicité la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires.

## **4.2**

**4.2.1** Celui qui cause, d'une manière illicite, un dommage à autrui, soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence, est tenu de le réparer (art. 41 al. 1 CO). La preuve du dommage incombe au demandeur (art. 42 al. 1 CO) et le juge détermine le mode et l'étendue de la réparation, d'après les circonstances et la gravité de la faute (art. 43 al. 1 CO). Aux termes de l'art. 44 al. 1 CO, le juge peut réduire les dommages-intérêts, ou même n'en point allouer, lorsque la partie lésée a consenti à la lésion ou lorsque des faits dont elle est responsable ont contribué à créer le dommage, à l'augmenter, ou qu'ils ont aggravé la situation du débiteur.

En règle générale, des causes concomitantes du dommage, comme une prédisposition constitutionnelle du lésé, ne sauraient interrompre le lien de causalité adéquate. Selon les circonstances, un état maladif antérieur peut toutefois être pris en considération dans le cadre de l'application des art. 42 à 44 CO. Une simple faiblesse constitutionnelle n'entrera pas en considération comme facteur de réduction. En revanche,

de véritables anomalies ou des affections préexistantes aiguës ou latentes peuvent justifier de réduire les prétentions du lésé. En tant que prédispositions constitutionnelles, elles constituent un fait concomitant qui peut influencer sur le calcul du dommage (art. 42 CO) ou le montant des dommages-intérêts (art. 43/44 CO), qu'il s'agisse d'une cause concomitante du dommage ou d'un facteur aggravant les suites de l'accident (TF 4C.75/2004 du 16 novembre 2004 consid. 4.1).

Parmi les cas de prédisposition constitutionnelle, la jurisprudence distingue d'une part ceux où, du fait de l'état maladif antérieur, le dommage se serait certainement ou très vraisemblablement réalisé même sans l'accident (prédisposition constitutionnelle indépendante) et, d'autre part, ceux où le dommage ne serait selon toute probabilité pas survenu sans l'accident (prédisposition constitutionnelle liée). Dans la première hypothèse, il faut tenir compte dans le calcul du dommage selon l'art. 42 CO des conséquences patrimoniales d'une atteinte à la santé préexistante qui se serait également produite sans l'événement dommageable ; en effet, seul le dommage qui résulte directement de cet événement peut être imputé au responsable, tandis que la part du préjudice liée à l'état préexistant doit être exclue du calcul du dommage réparable. Dans la seconde hypothèse, le responsable sur le plan civil doit se voir imputer l'entier du préjudice même si la prédisposition malade en a favorisé la survenance ou augmenté l'ampleur ; toutefois, une réduction de l'indemnité sur la base de l'art. 44 CO pourra alors entrer en considération. Savoir si une prédisposition constitutionnelle est indépendante ou liée est une question de fait (ATF 131 III 12 consid. 4 ; TF 4A\_77/2011 du 20 décembre 2011 consid. 3.3.1). Savoir s'il faut diminuer la réparation en application de l'art. 44 CO et déterminer le taux de la réduction est une question de droit (ATF 131 III 12 consid. 4.2 ; TF 4A\_138/2018 du 10 septembre 2018 consid. 3.1).

La distinction présente une importance pratique en matière de droit préférentiel du lésé, qui tend à prémunir celui-ci contre les suites défavorables d'un dommage non couvert (ATF 131 III 12 consid. 4 ; TF 4A\_77/2011 précité consid. 3.3.1 ; TF 4C.75/2004 précité consid. 4.1).

**4.2.2** La prédisposition constitutionnelle dite liée ne suffit en principe pas à elle seule pour justifier une réduction des dommages-intérêts. L'art. 44 al. 1 CO n'autorise le juge à opérer une réduction que lorsqu'il apparaît inéquitable de mettre à la charge du responsable la réparation de la totalité du préjudice. Concrètement, cela signifie que d'autres circonstances doivent s'ajouter à la prédisposition constitutionnelle, comme une disproportion manifeste entre la cause fondant le dommage et l'importance du préjudice (TF 4A\_138/2018 précité consid. 3.1 et les réf. citées).

Le lésé a également le devoir de diminuer son dommage. Il s'agit d'une incombance (ATF 117 II 156 consid. 3a, JdT 1992 I 317), dont la portée est générale et qui ne dépend pas du type de responsabilité imputable à l'auteur (Werro, Commentaire romand, Code des Obligations I, 3<sup>e</sup> éd., 2021, n. 31 ad art. 44 CO). On ne trouve de référence explicite à ce principe ni dans les dispositions relatives à la responsabilité civile ni dans celles de la partie générale relatives à la responsabilité contractuelle. La doctrine considère que ce devoir repose sur la bonne foi objective de l'art. 2 al. 1 CC (Pichonnaz, Le devoir du lésé de diminuer son dommage, in Werro, La fixation de l'indemnité, Berne 2003, pp. 113 ss). Conformément à un principe général de la responsabilité civile, le lésé doit ainsi supporter lui-même le dommage dans la mesure où son étendue lui est personnellement imputable (ATF 130 III 182 consid. 5.5.1; TF 4A\_546/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.2). Selon la jurisprudence, la réduction ou le refus des dommages-intérêts au sens de l'art. 44 al. 1 CO doit intervenir, entre autres cas, lorsque la partie lésée n'a pas pris toutes les mesures commandées par les circonstances pour diminuer le dommage. Ce devoir de diminuer le dommage, dans l'intérêt de la partie tenue à réparation, trouve ses limites dans ce qui est équitablement exigible du lésé. En règle générale, il peut être déterminé par référence au comportement que le lésé adopterait dans l'hypothèse où il devrait assumer seul la totalité de ce même dommage (TF 4C.83/2006 du 26 juin 2006 consid. 4 et les réf. citées). Ainsi la réparation due par l'autre partie ne s'étend qu'au dommage moins important qui subsisterait si le lésé

avait satisfait à son devoir de diminuer le dommage effectif (TF 4C.83/2006 précité consid. 4 ; TF 4A\_546/2009 précité, consid. 6.2). La preuve des faits pouvant justifier une réduction de l'indemnité incombe à la personne recherchée par le lésé (8 CC ; TF 4A\_546/2009 précité, consid. 6.2 et la réf. citée).

Pour satisfaire à son devoir, le lésé doit par exemple, à la suite de lésions corporelles, se soumettre à une opération chirurgicale ou à un traitement médical aptes à favoriser la guérison. Devenu invalide, le lésé doit aussi envisager un changement d'emploi ou de profession si cette mesure paraît indiquée à l'issue d'une analyse approfondie de sa situation. Le changement d'emploi ou de profession n'est cependant exigible que si les possibilités de reclassement sont établies et que l'on peut en espérer une augmentation notable de la capacité de gain. Les efforts exigibles doivent être évalués en tenant compte des circonstances telles que la personnalité du lésé, son âge et son niveau de formation, son intelligence et ses capacités d'adaptation, ses aptitudes professionnelles et son habileté manuelle (TF 4C.83/2006 précité, consid. 4).

La jurisprudence reconnaît un large pouvoir d'appréciation au juge dans l'évaluation des responsabilités propres à chaque partie (TF 4A\_546/2009 précité, consid. 6.2).

**4.3** Les premiers juges ont constaté que selon l'expert G.\_\_\_\_\_, l'état de santé préexistant de l'intimée ne l'avait jamais empêchée de travailler à 100% avant l'accident. L'obésité avait une incidence puisqu'elle n'aidait pas au reconditionnement, mais un pourcentage précis ne pouvait pas être établi. Quant au Dr P.\_\_\_\_\_, il avait souligné que le dossier n'avait montré aucun élément en faveur d'une pathologie psychiatrique avant l'accident et qu'une atteinte orthopédique dégénérative ne semblait pas non plus ressortir de la documentation. Il avait également relevé qu'aucune pathologie somatique n'avait été signalée, hormis une cécité de l'œil gauche et une hypothyroïdie substituée.

Quant à l'obligation de diminuer le dommage, les premiers juges ont indiqué que l'expert orthopédique avait relevé que l'abandon de la physiothérapie avait probablement eu un important facteur négatif sur l'évolution des douleurs ainsi que sur la récupération fonctionnelle et éventuelle reprise du travail. Toutefois, l'expert psychiatrique estimait que l'intimée n'était certainement pas responsable de l'absence d'une prise en charge psychiatrique depuis son accident. En effet, selon lui, l'intéressée avait suivi toutes les consignes d'ordre médical de tous les médecins, elle prenait régulièrement ses médicaments et sa compliance était suffisante. Les premiers juges se sont également référés au préavis de l'OAI, selon lequel des mesures professionnelles n'auraient pas permis de réduire le préjudice économique du fait de la faible intégration linguistique et des capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées de l'intimée. En conséquence, les premiers juges ont considéré que l'appelante avait échoué à établir les faits justifiant éventuellement la réduction de l'indemnité, l'instruction n'ayant pas permis d'établir précisément si et dans quelle proportion la poursuite de la physiothérapie et l'usage d'un siège ergonomique auraient permis de réduire le dommage.

#### **4.4**

**4.4.1** En l'espèce, l'expert G.\_\_\_\_\_ a noté l'existence d'une « *scoliose a priori dégénérative ainsi que des troubles dégénératifs au niveau de la colonne lombaire coïncidant avec l'âge* » de l'intimée, de même que des signes arthrosiques majeurs au niveau des deux épaules. Il a déclaré qu'il n'attribuait pas 100% de la responsabilité des limitations fonctionnelles au traumatisme vu les troubles dégénératifs déjà certainement présents auparavant et du caractère subjectif des douleurs. Il a indiqué qu'il existait une responsabilité partagée entre le vieillissement normal du corps humain et l'événement traumatique. Dans son complément, il a retenu une fourchette de 60% pour les limitations issues de l'événement traumatique et de 40% pour le vieillissement normal du corps humain et l'état de santé de la patiente, y compris l'obésité. Sur ce dernier point, il a toutefois précisé que si l'obésité avait une incidence, un pourcentage précis ne pouvait pas être établi. Enfin, il a constaté que l'abandon de la physiothérapie pour reconditionnement musculaire et suivi

avait probablement engendré un important facteur négatif sur l'évolution des douleurs ainsi que sur la récupération fonctionnelle et l'éventuelle reprise du travail.

Quant au Dr P.\_\_\_\_\_, il a notamment posé que « *chez une personne âgée de 53 ans, victime d'un accident à 41 ans, il est probable que la comorbidité orthopédique-psychiatrique sera aggravée dans les décennies à venir de manière à largement compenser et dépasser la contribution des facteurs de prédisposition* ». S'agissant de l'aspect psychiatrique, il a expliqué qu'il n'y avait aucun élément au dossier en faveur d'une pathologie présente chez l'intimée avant l'accident. Il a également relevé qu'aucune atteinte orthopédique dégénérative ne faisait partie de la documentation, aucune pathologie somatique n'ayant été signalée.

L'expertise judiciaire orthopédique a été effectuée en 2019. Des troubles dégénératifs ont été constatés, lesquels ont été attribués à un vieillissement normal au vu de l'âge de l'intimée. Pour le surplus, comme l'a constaté l'expert psychiatre, aucune pathologie somatique - ni psychiatrique - préexistante ne ressort du dossier, hormis une cécité d'un œil qui n'a jamais empêché l'intimée de travailler et une hypothyroïdie, substituée. Quant à l'obésité, elle était sans répercussion sur la capacité de travail, comme l'avait également constaté le Dr V.\_\_\_\_\_, mais avait une incidence puisqu'elle n'aidait pas au reconditionnement musculaire et limitait la patiente de manière fonctionnelle, sans qu'un pourcentage précis ne puisse toutefois être établi. On ne saurait dès lors admettre une prédisposition constitutionnelle indépendante de l'intimée, soit qui aurait entraîné le dommage constaté même sans l'accident : la cécité d'un œil, l'hypothyroïdie et l'obésité n'ont pas empêché l'intimée de travailler à plein temps et rien n'indique que ces affections l'auraient empêchée à l'avenir. Quant au vieillissement constaté (troubles dégénératifs et signes arthrosiques), dès lors qu'il a été qualifié par l'expert judiciaire de « *coïncidant avec l'âge* » de l'intimée et de « *normal* », il n'était donc pas de nature à provoquer le dommage constaté.

Il convient dès lors de déterminer si on peut admettre l'existence d'une prédisposition constitutionnelle liée et si celle-ci peut justifier une réduction de l'indemnité. L'expert G.\_\_\_\_\_ a pris en compte les troubles dégénératifs déjà certainement présents, mais également le caractère subjectif des douleurs pour déclarer qu'il n'attribuait pas 100% de la responsabilité des limitations fonctionnelles au traumatisme. Le caractère subjectif des douleurs ne constitue toutefois pas une prédisposition et ne justifie pas une réduction de l'indemnité. Il a attribué 40% des limitations au vieillissement normal du corps humain et à l'état de santé de la patiente, y compris l'obésité. On peut se poser la question de savoir si les troubles liés à un vieillissement normal, tels l'arthrose, peuvent constituer une « *prédisposition* » liée. Il n'est toutefois pas nécessaire de résoudre formellement la question : en effet, il apparaîtrait en tous les cas disproportionné de réduire en application de l'art. 44 CO l'indemnité due à une victime atteinte de lésions corporelles au motif qu'elle subirait les effets normaux du vieillissement. Le même raisonnement vaut pour l'obésité, qui n'a jamais empêché l'intimée de travailler : il apparaîtrait injuste de réduire l'indemnité de la personne lésée motif pris d'une obésité qui ne l'a jamais empêchée de travailler à plein temps et alors que l'expert orthopédique dit lui-même qu'il ne peut chiffrer l'incidence de l'obésité sur les limitations fonctionnelles de l'intimée.

Au reste, l'expert psychiatre a constaté qu'au vu de l'âge de l'intimée et de la date de survenance de l'accident, il était probable que la « *comorbidité orthopédique-psychiatrique [serait] aggravée dans les décennies à venir de manière à largement compenser et dépasser la contribution des facteurs de prédisposition* ». Il n'y a aucune raison d'écarter cette appréciation émanant d'un expert judiciaire dont le rapport a été jugé complet, détaillé et impartial (cf. *supra* consid. 3.4).

L'appelante se réfère à l'arrêt de la CASSO du 12 décembre 2013 et y voit la constatation par cette autorité d'atteintes dégénératives indépendantes. Il s'agit là d'une lecture tronquée de l'arrêt en question : les juges concernés ont constaté que l'évaluation de la capacité de travail

par l'OAI prenait en compte des facteurs extérieurs à l'accident, en l'occurrence des troubles dégénératifs, ce qui pouvait expliquer, au moins partiellement, la divergence entre les taux de capacité de travail retenus par les deux assurances. Ils n'ont donc ni jugé de l'exactitude de ces facteurs extérieurs, ni considéré qu'il s'agissait d'atteintes indépendantes.

C'est en définitive à juste titre que les premiers juges ont considéré qu'il n'y avait pas lieu à réduction de l'indemnité du fait de prédispositions constitutionnelles.

**4.4.2** S'agissant de l'obligation de diminuer le dommage, on doit constater que l'expert orthopédique a relevé que l'abandon de la physiothérapie avait probablement eu un important facteur négatif sur l'évolution des douleurs ainsi que sur la récupération fonctionnelle et l'éventuelle reprise du travail. Il n'a toutefois pas chiffré l'impact de cette carence sur l'incapacité de l'intimée, en précisant notamment dans quelle mesure elle aurait augmenté la capacité de gain de l'intéressée. Pour le surplus, l'expert ne s'est pas prononcé sur l'utilisation d'un siège ergonomique. Quant au Dr P.\_\_\_\_\_, il ne s'est prononcé ni sur l'absence de physiothérapie ni sur l'inutilisation d'un siège ergonomique. Tout au plus a-t-il préconisé à titre de mesure médicale permettant de réduire les conséquences du handicap la pratique d'exercices physiques appris à la CRR afin d'éviter le déconditionnement, la physiothérapie douce et les techniques de relaxation « mindfulness ».

Dans son rapport du 10 mai 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a déclaré que selon lui, « *idéalement* », l'intimée pourrait bénéficier d'un soutien de sa nuque avec un siège adapté en position assise et qu'un autre moyen serait de reprendre la physiothérapie avec un traitement ciblé de renforcement de la musculature posturale postérieure. Le 1<sup>er</sup> novembre 2011, la SUVA a toutefois signifié à l'intimée qu'elle n'avait plus besoin de traitement médical spécifique. D'un autre côté, le 15 novembre suivant, la Dre [...], au CHUV, a noté que le traitement consistait en de la physiothérapie et antalgie. Entendu le 12 décembre 2012 par la CASSO, le médecin traitant de l'intimée a relaté que la physiothérapeute de la CRR

avait observé chez l'intimée une douleur de 4/10 avant physiothérapie et de 7-8/10 après physiothérapie. Il a ajouté que cette dernière avait suivi deux fois 9 séances de physiothérapie, sans constat de progrès.

Il résulte de ce qui précède que si la physiothérapie paraît être une solution qui aurait pu permettre une amélioration de la symptomatologie, il ne ressort pas du dossier dans quelle mesure - chiffrable - elle aurait pu aider l'intimée. Surtout, il n'est pas établi que de la physiothérapie lui ait été formellement prescrite, par les médecins de la CRR, par le Dr N. \_\_\_\_\_ ou par un autre médecin. En outre, selon les déclarations du physiothérapeute de la CRR, la physiothérapie avait augmenté les douleurs, si bien que cela peut expliquer que de nouvelles séances de physiothérapie n'aient finalement pas été prescrites et/ou suivies. On ne peut dès lors reprocher à l'intimée de ne pas avoir effectué de physiothérapie supplémentaire après sa sortie de la CRR.

Pour le surplus, l'expert psychiatre a constaté que l'intimée avait suivi les consignes d'ordre médical de tous les médecins et qu'elle s'était montrée compliant.

Se pose enfin la question de l'orientation professionnelle qui aurait été proposée par l'OAI. L'expert P. \_\_\_\_\_ a déclaré qu'on ne voyait pas en quoi l'intéressée serait responsable du refus de l'OAI de lui apporter un soutien pour une réhabilitation. L'appelante conteste cette appréciation qu'elle estime contraire à la réalité. Elle l'invoque également à l'appui du grief d'insuffisance et de partialité qu'elle formule à l'encontre de l'expert (cf. *supra* consid. 3). Elle se fonde sur le courrier de l'OAI du 7 juillet 2010, par lequel cet office a déclaré à l'intimée qu'une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle aurait lieu et qu'elle en serait informée plus tard.

Il ressort de la partie « *en faits* » de l'arrêt de la CASSO du 12 décembre 2013 que l'intimée aurait décliné la mesure proposée, considérant qu'elle n'était plus apte. Cette formule a été reprise par le jugement attaqué. On ignore toutefois sur quoi se fonde cette assertion,

d'autant qu'alléguée par l'appelante (all. n° 125), l'intimée l'a contestée dans sa réplique, faisant valoir que l'assurance invalidité n'avait finalement pas poursuivi la réadaptation. C'est cette dernière allégation qui est corroborée par le projet de l'OAI du 21 décembre 2010, ce dernier écrivant ce qui suit : « *Selon notre communication du 7 juillet 2010, nous avons mandaté notre Service de la réadaptation professionnelle et il ressort que des mesures professionnelles n'auraient pas permis de réduire le préjudice économique (...) du fait de la faible intégration linguistique et de vos capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées* ». Tout porte ainsi à croire que des mesures ont été envisagées - et annoncées à l'intimée - mais que l'examen du dossier par le service responsable des mesures de réadaptation professionnelle a amené à conclure que l'intimée n'était pas apte. Cela est d'ailleurs corroboré, comme cela ressort de l'arrêt de la CASSO du 3 juillet 2012, par le fait que l'intimée a contesté le 31 janvier 2011 le préavis de l'OAI du 21 décembre 2010 et a même requis la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires en faisant valoir qu'il convenait de tester son habileté pratique dans un atelier protégé avant de se prononcer sur le droit à la rente.

En définitive, on doit considérer sur la base du préavis de l'OAI du 21 décembre 2010 que ce n'est effectivement pas l'intimée qui est responsable de l'absence de mesures de réadaptation professionnelle, comme l'a retenu l'expert P.\_\_\_\_\_. Par surabondance, on notera que le Dr G.\_\_\_\_\_ a également posé que la situation actuelle avec une limitation fonctionnelle rendait une réinsertion difficile en raison du manque de capacité et de compétence de l'intimée.

L'appelante invoque la discordance entre les plaintes subjectives de l'intimée et les constatations objectives. Ce point n'est pas contesté. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé « *une petite discordance entre le côté subjectif des plaintes de la patiente et l'examen clinique objectif* », tout en précisant qu'il était difficile d'objectiver la limitation fonctionnelle de la colonne cervicale car la douleur reste toujours subjective malgré toute tentative de catégorisation. On ne voit toutefois pas en quoi ces éléments seraient une preuve du fait que l'intimée n'a pas fait ce qu'elle devait pour

réduire son dommage, alors qu'il a été constaté qu'elle avait suivi les consignes médicales et avait fait preuve de compliance, outre qu'elle avait une personnalité combative et un ferme attachement au travail. Ce qui précède infirme le grief et on doit admettre, avec les premiers juges, qu'on ne peut pas reprocher à l'intimée de ne pas avoir réduit son dommage et qu'il n'y a donc pas de motif de réduction de l'indemnité au sens de l'art. 44 CO.

**4.5** Il convient de relever à ce stade que l'appelante a notamment motivé son grief de défaut de valeur probante de l'expertise psychiatrique (cf. *supra* consid. 3.4) en faisant valoir que c'était à tort que l'expert P.\_\_\_\_\_ avait considéré que l'intimée avait fait tout ce qu'elle pouvait pour réduire les conséquences de l'accident. Or, au vu du considérant qui précède, on constate que cette appréciation était bien fondée. Il n'y a donc pas lieu d'écarter l'expertise psychiatrique à raison des griefs de l'appelante examinés dans le considérant 4.4.

## **5.**

**5.1** L'appelante reproche aux premiers juges d'avoir retenu une pleine incapacité de travail de l'intimée du 25 octobre 2007 au 30 novembre 2011, puis une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée en pondérant l'avis des co-experts : compte tenu des conclusions erronées et de la prévention de l'expert psychiatre, l'appelante estime que son rapport n'aurait pas dû être pris en compte. Elle soutient en outre que si l'intimée s'était conformée à son obligation de réduire le dommage, elle aurait pu reprendre une activité lucrative dès le mois de septembre 2009 dans une activité adaptée à un taux d'au moins 65%. En outre, dès le mois de novembre 2011, en tenant compte uniquement des suites de l'accident et non des facteurs dégénératifs, elle aurait pu mettre en valeur sa capacité de travail d'au moins 76%. Cela étant, elle aurait été surindemnisée pour la perte de gain passée. Quant à la perte de gain future, elle devrait être recalculée en tenant compte d'une capacité de travail de 76%. L'appelante fait valoir pour le surplus que le déconditionnement musculaire a été favorisé par l'excès de poids et

l'abandon de la physiothérapie et que si, dans le cadre de sa rééducation, l'intimée était restée active, avait repris la physiothérapie préconisée et avait accepté la mesure d'orientation professionnelle octroyée par l'OAI, il était vraisemblable qu'elle aurait pu se réinsérer et trouver une activité à temps complet. Elle se fonde notamment sur l'arrêt de la CASSO du 12 décembre 2013.

**5.2** Aux termes de l'art. 46 al. 1 CO, applicable par renvoi de l'art. 62 al. 1 LCR (loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière ; RS 741.01), la victime de lésions corporelles a droit à la réparation du dommage qui résulte de son incapacité de travail totale ou partielle, ainsi que de l'atteinte portée à son avenir économique.

Le préjudice causé par les lésions corporelles s'entend dans tous les cas au sens économique. Est donc déterminante la diminution de la capacité de gain. Le dommage consécutif à l'invalidité doit, autant que possible, être établi de manière concrète. Le juge partira du taux d'invalidité médicale (ou théorique) et recherchera ses effets sur la capacité de gain ou l'avenir économique du lésé ; cette démarche l'amènera à estimer le gain que le lésé aurait obtenu dans son activité professionnelle s'il n'avait pas subi l'accident (ATF 131 III 360 consid. 5.1 et les arrêts cités ; TF 4A\_437/2017 du 14 juin 2018 consid. 4.1 ; TF 4A\_310/2014 du 10 octobre 2014 consid. 2.2).

Comme exposé plus haut (cf. *supra* consid. 3.2), le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées (art. 157 CPC), témoignages, titres (rapports médicaux et expertise privées), expertises judiciaires.

En droit des assurances sociales, la jurisprudence a dégagé le principe selon lequel un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une

connaissance certaine des faits pertinents. Cette exigence d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; TF 4A\_273/2018 du 11 juin 2019 consid. 3.2.3.2 ; TF 8C\_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 2.3).

Quant aux jugements rendus en vertu du droit de la sécurité sociale, ils ne lient pas les tribunaux civils (TF 4A\_637/2015 du 29 juin 2016 consid. 4.3.3 ; TF 4A\_115/2014 du 20 novembre 2014 consid. 6.3).

**5.3** Les premiers juges ont constaté que l'intimée avait subi une incapacité de travail ensuite de son accident, mais que les parties et les différents médecins qui s'étaient penchés sur son cas n'étaient pas tous d'accord sur la durée et sur le taux de son incapacité. Ils ont relevé que les différents médecins consultés en dehors des expertises judiciaires l'avaient été dans le cadre des procédures relatives aux assurances sociales et que leurs avis étaient intimement liés aux procédures ayant abouti à des jugements de la CASSO. Or ce qui avait été décidé dans ce cadre ne liait pas le juge civil, de sorte qu'on ne pouvait accorder plus de poids à leurs avis qu'à ceux des deux experts judiciaires. Les premiers juges ont relevé qu'il n'y avait pas de motifs impératifs de s'écarter de l'avis des experts, dès lors qu'ils se fondaient sur des examens complets et que les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude circonstanciée.

Les avis des co-experts étant toutefois différents, les premiers juges ont pondéré ces avis et retenu une capacité de travail résiduelle de l'intimée de l'ordre de 60% dans une activité adaptée. Ils ont pris en considération que le Dr G.\_\_\_\_\_ estimait l'incapacité à 40% tout en précisant qu'elle n'était pas entièrement attribuable à l'accident et que le Dr P.\_\_\_\_\_ estimait qu'il y avait une totale incapacité de travail si l'on tenait compte en plus des atteintes physiques des souffrances psychologiques. Les premiers juges ont constaté que l'intimée n'avait produit aucun certificat médical attestant d'une incapacité de travail, de sorte qu'il était difficile de déterminer avec certitude la durée de l'incapacité totale. Sur la base des différents rapports médicaux et des

décisions rendues en matière d'assurances sociales, ils ont constaté que la situation s'était améliorée vers la fin de l'année 2009 et que les parties faisaient référence à une date de consolidation de l'état de santé de l'intimée au 30 novembre 2011, date à laquelle la SUVA avait estimé que l'intimée n'avait plus besoin de traitement médical spécifique. Ils ont ainsi décidé que la capacité résiduelle de travailler existait depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011 et qu'auparavant, l'intimée était en incapacité totale de travailler.

**5.4** En l'espèce, s'agissant des griefs de l'appelante tirés des prédispositions constitutionnelles et de l'obligation de réduire le dommage, on doit renvoyer au considérant 4.4 ci-dessus, dans lequel il a été retenu qu'il n'y avait pas de motif de réduction du dommage. Il convient dès lors d'examiner si le taux de capacité résiduelle retenu par les premiers juges peut être confirmé et si les périodes prises en compte sont correctes.

**5.4.1** A titre préalable, on rappellera que les premiers juges ont désigné, en accord avec les parties, deux co-experts, l'un médecin orthopédique et l'autre psychiatre. Il s'agissait donc bien de traiter les deux aspects - somatique et psychologique - des conséquences de l'accident. Le fait que les co-experts n'aient pas rendu un rapport commun entraînait *de facto* la nécessité pour les premiers juges de prendre en compte leurs deux avis, complémentaires et de les pondérer.

L'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ est admise par l'appelante. Selon cet expert, l'intimée présente une limitation fonctionnelle de 40%. Il a toutefois apporté quelques nuances à cette appréciation : il a relevé qu'il n'attribuait pas 100% de responsabilité des limitations fonctionnelles au traumatisme, mais une part correspondant à 60%, 40% étant imputable au vieillissement normal et à l'état de santé de l'intimée ; il a précisé que la capacité résiduelle ne pouvait pas se faire dans l'ancienne activité de femme de ménage, mais dans une activité adaptée n'impliquant pas certains mouvements ; il a ajouté qu'il fallait prendre en compte que la capacité de concentration de l'intimée pouvait être diminuée par les

médicaments pris ; il a enfin relevé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la composante psychologique engendrée par l'accident et le tableau de douleurs chroniques, mais que cela jouait évidemment un rôle sur l'ensemble de la symptomatologie, pouvant amplifier une partie des plaintes de la patiente. L'expert orthopédique a donc émis certaines nuances quant à l'incapacité qu'il a lui-même arrêtée. L'appelante entend qu'on tienne compte de la réserve de l'expert relative aux prédispositions. Dans ce cas-là, elle doit également accepter – s'agissant d'une expertise dont elle admet la valeur probante – que l'on prenne en considération l'aspect psychologique et la problématique médicamenteuse, tous deux dûment réservés par l'expert.

S'agissant des conséquences de l'accident sur la santé psychique de l'intimée, l'appelante critique vivement les conclusions de l'expertise psychiatrique, selon lesquelles l'état de santé post-accident ne permettait pas à l'intimée de reprendre sa profession antérieure et une réinsertion professionnelle dans un emploi lucratif était impossible. L'expert a en effet exprimé qu'il ne voyait pas quelle activité serait adaptée dans l'économie du marché. Selon lui, seule une activité ne dépassant pas un taux d'activité de 50%, sans exigence de rendement – soit dans un atelier protégé et du ressort de l'OAI – serait éventuellement envisageable. L'expert a également posé que sans l'accident, il était très peu probable que l'intimée ait connu l'effondrement et la transformation de la personnalité constatés depuis lors.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé qu'une évaluation psychologique avait fait défaut et que l'absence d'évaluation était un facteur aggravant la situation car il avait empêché la mise en place de soins appropriés. L'appelante conteste cette appréciation et le reproche qui est fait aux médecins ayant suivi l'intimée de ne pas avoir investigué le plan psychologique. Comme déjà exposé (cf. *supra* consid. 3.4), c'est le travail de l'expert de poser un regard neutre sur la situation et d'évaluer l'état de santé de l'expertisée au moment de l'expertise. Il est bien évidemment possible, *a posteriori*, de constater que d'autres mesures auraient pu/dû être prises par le passé afin de réduire le dommage. Il ne s'agit pas

d'accabler les médecins qui sont intervenus dans la situation, sauf cas d'erreur médicale, mais de constater des faits. Or c'est précisément ce que l'expert psychiatre a fait : il a constaté que l'intimée était sous antidépresseurs depuis 2017 et qu'une évaluation psychologique aurait probablement dû être faite plus tôt. On ne saurait y voir le signe d'une erreur ou d'une prévention de l'expert. Au reste, lorsque l'appelante affirme que le médecin de la SUVA n'avait aucune raison de demander une évaluation psychiatrique, elle entend substituer son propre avis à celui d'un médecin expert qui a étudié tous les documents au dossier et procédé à l'examen de l'état psychique de l'expertisée.

L'appelante reproche également à l'expert d'avoir retenu l'existence d'un trouble dépressif caractérisé alors qu'aucun autre médecin ne l'avait constaté. Là encore, on doit constater que l'expert est intervenu en 2019. Or le dernier rapport médical ressortant du dossier datait de janvier 2012. Quant au médecin traitant, il a prescrit à sa patiente des antidépresseurs en 2017. Entendu par l'expert, le Dr N. \_\_\_\_\_ lui a déclaré qu'il estimait que sa patiente aurait consulté un psychiatre parlant sa langue si elle en avait eu la possibilité. Interpellé sur l'existence d'un état dépressif de l'intimée, il a expliqué qu'il s'était demandé si un tel état lui aurait échappé. Il a précisé que sa patiente était très peu demandeuse de nature, se satisfaisait de peu, était peu revendicatrice et qu'il était tout à fait possible qu'une atteinte psychique ait pu passer inaperçue dans son cas. C'est en 2017 qu'il avait constaté des symptômes thymiques et anxieux nets. Or ces propos du médecin traitant expliquent que d'éventuels troubles dépressifs aient pu passer inaperçus et que le Dr S. \_\_\_\_\_ n'ait constaté dans son rapport de janvier 2012 qu'une thymie modérément abaissée. En tous les cas, l'examen du dossier ne permet pas d'écarter le diagnostic posé par l'expert.

L'appelante critique la déclaration de l'intimée, reprise par l'expert P. \_\_\_\_\_, selon laquelle elle serait obligée d'utiliser des opiacés en raison des douleurs et ne pourrait s'en passer. Elle invoque l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_139/2017 du 8 septembre 2017 pour soutenir qu'il n'y aurait pas de lien de connexité matérielle étroit entre un accident de type

coup du lapin et une dépendance aux opiacés avec un changement substantiel de personnalité de l'assuré. On ne peut toutefois inférer de l'arrêt invoqué les conclusions qu'en tire l'appelante. Surtout, ce sont les circonstances du cas d'espèce qui doivent être examinées.

L'appelante soutient également que la déclaration de l'intimée est en contradiction avec l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, qui a indiqué qu'il n'était pas vrai que la simple position verticale déclenchait des douleurs invalidantes ou ingérables (ad all. 293). On ne voit toutefois pas en quoi il y a contradiction entre ces deux éléments. Même en admettant que la simple position verticale ne déclenche pas des douleurs « *invalidantes ou ingérables* », cela ne signifie pas encore qu'il n'y a pas des douleurs que l'intimée supporte chaque jour et qui nécessitent la prise de médicaments. Surtout, cela n'empêche pas que, comme l'a constaté l'expert, il y a eu administration d'un traitement morphinique massif et à posologie croissante, sans l'avis d'un centre spécialisé, au point de créer une dépendance. Or cette dépendance ne peut être reprochée à l'intimée et il convient d'en tenir compte, comme l'a fait l'expert, qui a d'ailleurs préconisé de régler en priorité la médication opioïde avant d'envisager un placement dans un emploi.

Quant au fait, retenu par l'expert psychiatre, selon lequel l'intimée ne pourrait sortir le linge mouillé du lave-linge ni porter des charges de plus de 2-3 kg et devrait se coucher après 45 minutes d'activité en position debout, l'appelante y oppose l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ qui ne fait pas état de telles limitations et qui confirme le rapport d'observation de l'entreprise de surveillance et du Dr L.\_\_\_\_\_ selon lesquels l'intimée peut porter des sacs estimés à 6-12 kg et rester debout pendant une heure. D'abord, on doit relever que cette dernière fourchette paraît importante et qu'elle ne repose que sur une appréciation personnelle de l'entreprise de surveillance sur le poids théorique d'un sac sans aucune idée, en réalité, sur le poids effectif des sacs portés par l'intimée qui était alors accompagnée par son mari. Ensuite, comme l'ont constaté les premiers juges et comme cela ressort de la jurisprudence, un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour

constater les faits relatifs à l'état de santé ou à la capacité de travail de la personne assurée. Il en va de même en l'espèce du rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, qui a examiné le rapport de surveillance et les pièces que l'appelante lui a fournies, mais qui n'a pas examiné l'intimée. Le rapport de surveillance ne dit rien des douleurs supportées par l'intimée lorsqu'elle va faire des courses avec son mari, ni si elle doit ensuite se coucher pour le reste de la journée et/ou prendre des médicaments. Le Dr V.\_\_\_\_\_ notait en 2010 que l'intimée pouvait porter des charges de 3-4 kilos des deux côtés, mais avec une augmentation des douleurs. Le Dr S.\_\_\_\_\_ pour sa part précisait que les limitations fonctionnelles étaient les charges de plus de 5 kg. En définitive, l'estimation de l'expert (2-3 kg) n'est pas si éloignée de l'avis des médecins (3-4 kg avec augmentation des douleurs, 5 kg). Quant au temps d'activité admis, de 45 minutes pour l'expert contre 1 heure pour l'entreprise de surveillance, ce alors que l'entreprise a constaté des sorties de 20 à 50 minutes et ce uniquement sur trois samedis, il ne permet pas non plus d'écarter l'expertise psychiatrique au motif que les conclusions seraient clairement contredites par d'autres éléments figurant au dossier.

Compte tenu des considérants qui précèdent, on ne saurait dénier à l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante. Or l'expert a posé que l'atteinte à la santé psychique était en lien dominant avec l'accident, que les facteurs étrangers à l'accident ne devraient pas avoir un impact supérieur à 10 à 20%, que l'impact psychique de la maladie du père aurait d'ailleurs été transitoire sans l'accident et qu'il était probable que la comorbidité orthopédique-psychiatrique serait aggravée dans les décennies à venir de manière à largement compenser et dépasser la contribution des facteurs de prédisposition.

Le taux de capacité résiduelle de 60% retenu par les premiers juges est en définitive conforme à l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, qui a estimé la capacité résiduelle dans une activité adaptée à 60%, tout en réservant le vieillissement naturel et l'état de santé de l'intimée d'une part, le facteur psychique d'autre part. Or ce facteur psychique évalué par le Dr P.\_\_\_\_\_ est bien présent puisque l'expert a posé un diagnostic de trouble dépressif

caractérisé et évalué pour sa part l'incapacité à 100%. Les deux réserves émises par l'expert orthopédique se sont finalement équilibrées.

Il convient également de relever que dans le consilium établi par les co-experts, ceux-ci se sont accordés pour admettre que l'incapacité de travail psychiatrique était supérieure à l'incapacité orthopédique et que c'est celle qui devait être retenue d'un point de vue global. L'appelante critique le caractère succinct de ce rapport et reproche aux premiers juges de lui avoir refusé l'accès aux échanges de courriels entre les deux co-experts. L'appelante ne peut toutefois pas admettre la pleine force probante de l'expertise orthopédique et récuser les conclusions auxquelles le Dr G. \_\_\_\_\_ est parvenu après concertation avec l'expert psychiatre. En requérant ces échanges et en contestant le consilium, elle récuse finalement la qualité du rapport et les compétences du Dr G. \_\_\_\_\_, alors qu'elle ne les remet pas en cause dans le cadre de l'expertise et qu'il n'y a aucune raison d'écarter la valeur de ce consilium. A noter d'ailleurs que cela n'a pas empêché les premiers juges de se fonder plutôt sur les rapports, complets et détaillés, établis par les experts, puisqu'ils ont admis une incapacité de 40%, et non l'incapacité totale résultant du consilium. Le grief de l'appelante est donc là également mal fondé

**5.4.2** Selon l'appelante, l'intimée aurait pu reprendre une activité lucrative dès le mois de septembre 2009 dans une activité adaptée à un taux d'au moins 65%. Elle se fonde sur le « *projet d'acceptation de rente* » du 21 décembre 2010 de l'OAI. Comme exposé ci-dessus, les jugements rendus en vertu du droit de la sécurité sociale ne lient pas les tribunaux civils.

La période d'incapacité totale de travailler n'a pas été soumise aux co-experts. Tout au plus peut-on relever que pour l'expert psychiatre, cela ne fait pas de différence puisqu'il estime que l'incapacité de l'intimée est totale.

De l'avis de tous les médecins, l'incapacité de travailler de l'intimée était totale dans son domaine d'activité. Comme on l'a vu, l'OAI a finalement renoncé à des mesures de réinsertion professionnelle. Quant à la SUVA, elle a mis fin tant aux soins médicaux qu'au versement des indemnités journalières au 1<sup>er</sup> décembre 2011. Les parties se sont quant à elles accordées sur le fait que l'état de santé était stabilisé au 30 novembre 2011. Compte tenu des traitements médicaux et du versement des indemnités journalières durant la période allant de l'accident jusqu'au 30 novembre 2011, on peut admettre avec les premiers juges que l'incapacité était totale durant cette période, à défaut d'autre élément probant.

Ce palier au 1<sup>er</sup> décembre 2011 peut donc être admis. Quant au taux de 76% invoqué par l'appelante pour la période postérieure, afin de tenir compte des prédispositions fonctionnelles, il n'y a pas lieu d'en tenir compte au vu des considérants qui précèdent (cf. *supra* consid. 4.4).

Il s'ensuit que les calculs effectués par les premiers juges pour déterminer la perte de gain passée et future, non contestés, peuvent être confirmés.

## **6.**

**6.1** S'agissant du préjudice ménager, l'appelante invoque une violation de la maxime des débats, au motif que l'intimée n'aurait pas satisfait à son devoir d'allégation. Elle n'aurait pas décrit les tâches qu'elle effectuait et ses prétentions relatives au préjudice ménager auraient donc dû être rejetées. Subsidiairement, l'appelante reproche aux premiers juges d'avoir retenu une capacité ménagère résiduelle de 60% en pondérant les avis divergents des experts et sans tenir compte des motifs de réduction qu'elle a déjà invoqués pour la perte de gain. L'autorité de première instance aurait enfin été au-delà des prétentions de l'intimée en allouant le dommage ménager à un tarif horaire de 30 fr. alors qu'elle demandait 25 fr. de l'heure.

L'intimée considère pour sa part avoir allégué et prouvé son préjudice ménager dans tous les détails possibles, qui se recourent avec l'expérience générale de la vie.

## **6.2**

**6.2.1** La partie qui est victime d'une lésion corporelle peut être atteinte non seulement dans sa capacité de gain, mais également dans sa capacité de travail, particulièrement celle se rapportant à des activités non rémunérées, telles que la tenue du ménage ainsi que les soins et l'assistance fournis aux enfants. Il est alors question de dommage domestique ou de préjudice ménager. Ce type de préjudice donne droit à des dommages-intérêts en application de l'art. 46 al. 1 CO (ATF 134 III 534 consid. 3.2.3.1 ; TF 4A\_29/2018 du 18 mars 2019 consid. 3.1).

Lors du calcul du préjudice ménager, il convient de procéder en trois étapes: il s'agit d'abord d'évaluer le temps que, sans l'accident, le lésé aurait consacré à accomplir des tâches ménagères, puis, en partant du taux d'invalidité médicale résultant de l'accident, de rechercher l'incidence de cette invalidité médico-théorique sur la capacité du lésé à accomplir ses tâches ménagères et, enfin, de fixer la valeur de l'activité ménagère que le lésé n'est plus en mesure d'accomplir (TF 4A\_29/2018 précité consid. 3.2). Pour évaluer le temps nécessaire aux activités ménagères, le juge du fait peut soit se prononcer de façon abstraite, en se fondant exclusivement sur des données statistiques, soit prendre en compte les activités effectivement réalisées par le lésé dans le ménage. Dans la seconde hypothèse, il examine la situation concrète, même s'il s'aide d'études statistiques pour déterminer dans les faits à quelle durée correspond une activité précise réalisée dans le ménage en cause. Le choix de la méthode abstraite, fondée exclusivement sur des données statistiques, suppose à tout le moins que le juge du fait explique en quoi ces données statistiques correspondent peu ou prou à la situation de fait du cas particulier (TF 4A\_310/2014 précité consid. 4.6.2).

Pour déterminer la valeur du travail ménager, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de confirmer que dans l'arc lémanique, retenir un

salaire horaire de 30 fr. ne constituait manifestement pas un abus du pouvoir d'appréciation. Il a précisé notamment que le juge était en droit de prendre en compte une rémunération horaire du travail ménager quelque peu supérieure à sa valeur actuelle, pour tenir compte d'un accroissement de revenu dans le futur (ATF 132 III 321 consid. 3.7.1 ; TF 4A\_29/2018 précité consid. 3.2.3).

**6.2.2** Selon l'art. 58 al. 1 CPC – lorsque la cause est soumise à la maxime de disposition –, le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse. Savoir si un tribunal a alloué plus ou autre chose que demandé par une partie se détermine en premier lieu sur la base des conclusions.

Lorsqu'une demande tend à l'allocation de divers postes d'un dommage reposant sur la même cause, le tribunal n'est lié que par le montant total réclamé. Il peut donc – dans des limites à fixer de cas en cas, sur le vu des différentes prétentions formulées par le demandeur – allouer davantage pour un des éléments du dommage et moins pour un autre (TF 5A\_667/2015 du 1<sup>er</sup> février 2016 consid. 6.1 ; TF 5A\_924/2013 du 20 mai 2014 consid. 8.2). Pour déterminer si le juge reste dans le cadre des conclusions prises, il faut se fonder sur le montant global réclamé (Halvy, Commentaire romand, CPC, Bâle 2019, 2<sup>e</sup> éd., nn. 2ss ad art. 58 CPC ; TF 5A\_667/2015 précité, consid. 6.1). Dans ce dernier arrêt, la recourante avait obtenu une contribution d'entretien plus élevée que ce qu'elle avait demandé car l'autorité cantonale avait réparti différemment le montant global requis en la faisant bénéficiaire de la totalité de la contribution en argent alors que la recourante souhaitait se voir allouer une partie de celle-ci en nature sous forme de droit d'habitation. Le Tribunal fédéral avait alors nié toute violation de l'art. 58 al. 1 CPC (consid. 6.2). Dans un autre arrêt, l'épouse s'était vu allouer une contribution d'entretien mensuelle plus élevée que ce qu'elle avait demandé pendant une certaine période, puis moins élevée pendant la période suivante. Le tribunal fédéral avait considéré que les juges cantonaux étaient restés dans le cadre des conclusions prises par l'épouse, lui allouant au total

moins que le montant global qu'elle avait réclamé (TF 5A\_865/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.1).

**6.3** Les premiers juges ont admis un préjudice ménager. Sur la base des écritures de l'intimée, ils ont pris en compte qu'elle consacrait 1,5 heures par jour au ménage. Ils ont précisé que ce temps était admissible du fait qu'avant l'accident, elle s'occupait notamment des repas et lessives dans un foyer de trois personnes (dont un enfant âgé de 21 ans lors de l'accident). En outre, ce temps était inférieur à ce qui était admis par l'enquête suisse sur la population active. En se fondant sur l'avis des experts, ils ont arrêté la capacité ménagère résiduelle de l'intimée à 60%, sans fluctuation dans le temps faute d'allégation ou d'éléments de preuves. Enfin, le Tribunal fédéral admettant un tarif horaire de 30 fr. de l'heure, c'est ce tarif qu'ils ont pris en compte.

**6.4** En l'espèce, l'intimée a dûment allégué qu'elle consacrait 1,5 heures par jour à son ménage. Son mari invoquait pour sa part 3 heures par jour, repas compris. Le Dr V. \_\_\_\_\_ notait dans son rapport du 10 mai 2010 qu'elle était limitée dans les travaux ménagers, en particulier par une incapacité de passer l'aspirateur, de nettoyer les vitres, de changer les lits ou de repasser. Si on ajoute les repas, on comprend que l'intimée assurait l'essentiel des tâches ménagères. Les premiers juges ont comparé cette situation concrète à l'enquête suisse, laquelle estimait le nombre d'heures moyen consacré au travail domestique et familial, en 2016, pour les femmes vivant en couple et exerçant une activité professionnelle à plein temps, à 19,5 heures par semaine sans enfant et à 20,6 heures par semaine avec un enfant entre 18 et 24 ans. Ils ont donc considéré, à juste titre, que le temps invoqué par l'intimée (10,5 heures par semaine) n'était pas exagéré et pouvait être retenu.

Il ressort en effet des rapports et du consilium que l'expert G. \_\_\_\_\_ a arrêté la capacité ménagère de l'intimée à 60% et que l'expert P. \_\_\_\_\_ l'a fixée à 50%. L'expert orthopédique estimait que la capacité médico-théorique était égale voire supérieure à 65% pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 30 novembre 2011, puis qu'elle avait baissé à

60% en lien avec le déconditionnement musculaire. Quant à l'expert psychiatre, il estimait que la capacité ménagère antérieure au 30 novembre 2011 devait se situer à environ 30-40% « *au mieux* ». Compte tenu de ce qui précède et du fait qu'il n'y a pas de motif de réduction lié à une obligation de diminuer le dommage ou à une prédisposition, les premiers juges n'ont pas abusé de leur pouvoir d'appréciation en fixant la capacité ménagère depuis l'accident à 60%.

S'agissant du tarif horaire de 30 fr. appliqué par les premiers juges alors que l'intimée demandait une indemnisation au tarif horaire de 25 fr., on doit prendre en considération les conclusions globales. Or, les seules conclusions de l'intimée relatives au préjudice ménager s'élevaient à 255'725 fr., alors que les premiers juges lui ont alloué un montant de 107'963 fr., soit un montant clairement inférieur. Les premiers juges n'ont ainsi pas été au-delà des prétentions de l'intimée, même si leur calcul est différent.

## **7.**

**7.1** Selon l'appelante, le montant de 40'000 fr. alloué à titre d'indemnité pour tort moral serait excessif au regard des circonstances et de la jurisprudence. Elle requiert que ce montant soit ramené à 30'000 francs. Elle se fonde notamment sur une incapacité de 24%.

L'intimée invoque le caractère violent de l'accident, la chirurgie subie, les douleurs permanentes dont elle souffre et qui l'empêchent de reprendre une activité professionnelle, l'effondrement et la transformation de la personnalité relevés par l'expert psychiatre et la dépendance aux opioïdes qu'elle s'est vu prescrire. Compte tenu de ces éléments, elle estime que le tort moral alloué par les premiers juges est adéquat.

**7.2** En vertu de l'art. 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles une indemnité équitable à titre de réparation morale. Cette indemnité a pour

but exclusif de compenser le préjudice que représente une atteinte au bien-être moral. Le principe d'une indemnisation du tort moral et l'ampleur de la réparation dépendent d'une manière décisive de la gravité de l'atteinte, de l'intensité et de la durée des effets sur la personnalité de la personne concernée, du degré de la faute du responsable et d'une éventuelle responsabilité concomitante du lésé (ATF 141 III 97 consid. 11.2 ; TF 6B\_181/2020 du 21 décembre 2020 consid. 3 ; TF 4A\_543/2015 et 4A\_545/2015 du 14 mars 2016 consid. 9).

Les lésions corporelles, qui englobent tant les atteintes physiques que psychiques, doivent donc en principe impliquer une importante douleur physique ou morale ou avoir causé une atteinte durable à la santé. Parmi les circonstances qui peuvent, selon les cas, justifier l'application de l'art. 47 CO, figurent avant tout le genre et la gravité de la lésion, l'intensité et la durée des répercussions sur la personnalité de la personne concernée, le degré de la faute de l'auteur ainsi que l'éventuelle faute concomitante de la victime (ATF 141 III 97 consid. 11.2 ; TF 4A\_631/2017 du 24 avril 2018 consid. 3.1).

L'indemnité allouée doit être équitable. Le juge applique les règles du droit et de l'équité lorsque la loi le charge, comme l'art. 47 CO, de prononcer en tenant compte des circonstances (cf. art. 4 CC ; ATF 141 III 97 consid. 11.2 ; TF 4A\_695/2016 du 22 juin 2017 consid. 4.1).

Depuis 1981 et l'ATF 107 II 348, le Tribunal fédéral admet pour les cas de lésions corporelles graves des montants à titre de tort moral qui sont plus élevés qu'auparavant (Keller, Basler Kommentar, 7<sup>e</sup> éd., 2020, n. 21 ad art. 47 CO). Toutefois, Werro constatait en 2012 (op. cit., n. 22 ad art. 47 CO) que si les montants accordés avaient notablement augmenté au cours des années 80, ils n'avaient pratiquement pas bougé depuis.

Il n'est en général pas alloué de montant plus élevé que 70'000 fr. en cas de lésions corporelles (TF 4A\_489/2007 du 22 février 2008 consid. 8.3). Des atteintes très invalidantes comme des paraplégies, des tétraplégies, des atteintes neurologiques induisant des changements

de personnalité et des troubles du comportement ont conduit les tribunaux à accorder à des victimes non fautives des indemnités de l'ordre de 100'000 fr. à 120'000 fr. (ATF 132 II 117 consid. 2.5 ; ATF 123 III 306 consid. 9b, rés. in JdT 1998 I 27 ; ATF 121 II 369 consid. 6c, JdT 1997 IV 82 ; ATF 108 II 422 consid. 5, JdT 1983 I 104 ; TF 4A\_373/2007 du 8 janvier 2008 consid. 3.3 ; TF 4C.103/2002 du 16 juillet 2002 consid. 5). Le Tribunal fédéral a jugé équitable une indemnité pour tort moral de 140'000 fr. en capital, dans le cas d'une motocycliste, âgée de 19 ans, grièvement blessée dans un accident de la circulation, qui a entraîné un traumatisme cérébral laissant des séquelles irréversibles (ATF 134 III 97 consid. 4). De même, il a trouvé conforme au droit le versement d'une réparation morale du même montant - avant réduction pour faute de la victime - à un enfant qui, lors d'une descente à ski, avait violemment heurté de la tête une barre de fer délimitant la piste et en était resté gravement handicapé (TF 4A\_206/2014 du 18 septembre 2014 consid. 5).

En cas de lésions graves ayant laissé des séquelles physiques ou psychiques importantes, des montants compris entre 20'000 fr. et 50'000 fr. ont été alloués (ATF 141 III 97 consid. 11 ; ATF 116 II 733 ; ATF 116 II 295, JdT 1991 I 38 ; ATF 112 II 118, rés. in JdT 1986 I 506 ; ATF 112 II 138, rés. in JdT 1986 I 596 ; ATF 108 II 59, rés. in JdT 1982 I 285 ; TF 4A\_599/2018 du 26 septembre 2019 consid. 4 ; TF 4A\_695/2016 du 22 juin 2017 consid. 4). Des lésions de moyenne gravité entraînant une invalidité partielle et une incapacité de gain temporaire ont pu être indemnisées par des montants compris entre 1'000 fr. et 20'000 fr. (ATF 123 III 204, JdT 1999 I 9 ; ATF 110 II 163, rés. in JdT 1985 I 26 ; ATF 102 II 232, rés. in JdT 1977 I 122 ; ATF 102 II 18, rés. in JdT 1976 I 319 ; ATF 82 II 25, JdT 1956 I 324).

**7.3** Les premiers juges ont pris en considération que l'intimée avait eu des blessures qui avaient nécessité des traitements médicaux et une opération, ainsi qu'un séjour d'un mois en clinique de réadaptation, qui avaient causé des douleurs physiques et des souffrances psychiques, ainsi qu'une incapacité de travail, d'abord totale, puis partielle. Qu'en outre, suite à cet accident, l'intimée se trouvait dans l'incapacité d'exercer

son métier antérieur. Ils ont sur cette base estimé que le tort moral requis de 40'000 fr. ne semblait pas disproportionné ou inadéquat.

**7.4** Dans le cas d'espèce, il est constant que l'accident a occasionné à l'intimée un certain nombre de blessures, qui ont nécessité des soins, un mois d'hospitalisation à la CRR et une opération. Du fait des lésions, l'intimée ne peut plus pratiquer l'activité professionnelle qu'elle exerçait auparavant. Selon les considérants qui précèdent, l'intimée aurait une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée à ses lésions. L'intimée ne peut plus effectuer l'entier de ses tâches ménagères. Selon l'expert orthopédique, des activités physiques telles que la pratique sportive ou un travail impliquant des positions répétitives ou le port de charges lourdes seraient susceptibles de déclencher des cervicalgies et donc difficiles à supporter. Il a estimé que la situation actuelle rendait une réinsertion difficile en raison du manque de capacité et de compétence de l'intéressée. Ainsi, même si l'intimée présente une capacité médico-théorique de 60%, il est peu probable qu'elle puisse trouver une activité adaptée au vu de sa faible adaptation linguistique, de ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées, de son âge, du fait qu'elle ne peut plus conduire à cause des opiacés, dont elle est dépendante. Or cette dépendance est également une conséquence de l'accident, dont l'intimée n'est pas responsable et est en lien avec l'accident. L'intimée souffre enfin de dépression, médiquée pour ce faire depuis que cela a été diagnostiqué par son médecin traitant en 2017. L'époux de l'intéressée et le témoin X. \_\_\_\_\_ ont confirmé que l'intimée, auparavant dynamique, gaie, sociable et travailleuse, ne sortait plus guère à cause des douleurs. Ayant eu son accident deux mois après son arrivée en Suisse, elle n'avait pas pu se recréer un réseau de connaissances avant d'être empêchée par les conséquences de son accident. Indépendamment de la qualification des lésions de moyennes ou de graves, les circonstances du cas d'espèce font apparaître les conséquences de l'accident comme graves pour l'intimée, qui voit sa vie entière bouleversée et diminuée par rapport à ce qu'était sa vie auparavant, sans compter les douleurs psychiques constatées par l'expert psychiatre comme résultant de l'accident, qui a posé le diagnostic de trouble dépressif caractérisé.

Les premiers juges n'ont ignoré, au plan factuel, aucun des éléments médicaux - somatiques et psychologiques - constituant le tableau clinique présenté par l'intimée et rappelé dans le précédent considérant. Or, ce sont bien ces lésions physiques, les douleurs et les limitations en résultant, leurs répercussions, notamment dans le temps, sur l'état psychique, ainsi que les modifications induites sur la vie professionnelle et personnelle de l'intimée qui constituent les critères pertinents pour la détermination de la quotité du tort moral. Compte tenu de ces éléments, l'indemnité pour tort moral de 40'000 fr. n'apparaît nullement inéquitable.

## **8.**

**8.1** A titre d'argumentation subsidiaire, l'appelante estime erroné de faire partir les intérêts compensatoires sur la perte de gain passée dès le 18 août 2009. L'accident datant du 25 octobre 2007 et la perte de gain ayant été calculée jusqu'au 20 mai 2021, elle invoque que les intérêts compensatoires ne pouvaient courir avant le 25 juillet 2014, selon une échéance moyenne. En admettant même une moyenne pondérée pour tenir compte du fait que la perte de gain subie dans les premières années a déjà été couverte par les indemnités journalières de la SUVA et par les acomptes qu'elle a versés pour le découvert salarial, l'appelante soutient que l'intérêt compensatoire ne devait pas courir avant l'été 2016.

L'intimée a déclaré s'en remettre à justice sur ce point.

**8.2** L'intérêt compensatoire court à partir du moment où l'événement dommageable engendre des conséquences pécuniaires et ce jusqu'au moment du paiement des dommages intérêts (TF 4A\_197/2020 du 10 décembre 2020 consid. 3.7.5.2). Il vise à placer l'ayant droit dans la situation qui aurait été la sienne s'il avait obtenu réparation au jour de la survenance du dommage, respectivement de la réalisation des conséquences économiques de cette dernière (TF 4C.182/2006 du 12 décembre 2006 consid. 5.2 et les arrêts cités). En cas de dommage

périodique resté constant, l'intérêt compensatoire doit être fixé, pour des raisons pratiques, selon une échéance moyenne (ATF 131 III 12 consid. 9.5, JdT 2005 I 488 ; TF 6B\_1404/2016 du 13 juin 2017 consid. 2.2).

**8.3** Les premiers juges ont indiqué que l'intérêt compensatoire relatif au montant de 141'504 fr. 05 alloué à titre de perte de gain passée était dû dès le 18 août 2009, échéance moyenne pondérée.

**8.4** En l'espèce, le dommage a été subi par l'intimée le 25 octobre 2007 et a été calculé, s'agissant de la perte de gain passée, jusqu'à l'audience du 13 avril 2021, soit près de 162 mois, avec une échéance moyenne au 19 juillet 2014.

On doit toutefois tenir compte du fait que, pour la période d'octobre 2007 au 30 novembre 2011, l'intimée a perçu l'entier des montants dus au titre de la perte de gain. En effet, un montant de 172'057 fr. (9'807 fr. + 149'574 fr. 75 + 12'676 fr. 20) lui a été versé durant cette période par la SUVA, par l'OAI et par l'appelante au titre de découvert salarial. Or, selon les chiffres arrêtés par les premiers juges, un montant de 162'477 fr. (6'988 fr. + 38'710 fr. + 39'536 fr. + 40'318 fr. + [40'282 fr. : 12 x 11]) était dû pour cette période. Il paraît donc plus juste de calculer l'intérêt compensatoire du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 13 avril 2021, soit durant une période de 112 mois et 13 jours, avec une échéance moyenne au 6 août 2016.

L'appel est donc bien fondé sur ce point.

## **9.**

**9.1** L'appelante estime inéquitable la répartition des frais à raison de 15% pour l'intimée et de 85% pour elle-même, dès lors qu'elle a reconnu le principe de sa responsabilité et qu'elle n'a été condamnée à verser que les 40% des prétentions élevées par l'intimée. Elle conclut donc à une répartition des frais par moitié et à la compensation des dépens.

L'intimée estime la répartition opérée par les premiers juges équitable compte tenu du fait qu'elle a dû soutenir une « *longue, onéreuse et humiliante procédure* ».

**9.2** Selon l'art. 106 al. 1 CPC, les frais, qui comprennent les frais judiciaires et les dépens (art. 95 al. 1 CPC), sont mis à la charge de la partie succombante. Lorsqu'aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, les frais sont répartis selon le sort de la cause (art. 106 al. 2 CPC). Cette réglementation octroie au juge un large pouvoir d'appréciation en particulier quant au poids accordé aux diverses conclusions litigieuses (TF 5D\_108/2020 du 28 janvier 2021 consid. 3.1 et les arrêts cités).

L'art. 106 CPC suppose une répartition des frais et dépens " *en fonction de l'issue du litige comparé avec les conclusions prises par chacune des parties*". Le poids accordé à ces conclusions peut être apprécié d'après divers critères : leur importance dans le litige, ce qui a été alloué ou le travail occasionné (TF 5D\_108/2020 du 28 janvier 2021 consid. 3.2). Le juge peut notamment prendre en considération l'importance de chaque conclusion dans le litige, de même que le fait qu'une partie a obtenu gain de cause sur une question de principe. Il peut donc pondérer ce que chaque partie obtient en tenant compte du fait que certaines prétentions sont plus importantes que d'autres dans le procès (TF 5A\_140/2019 précité consid. 5.1.1 et les réf. citées). Le principe selon lequel les frais doivent être répartis selon l'issue du procès repose sur l'idée que les frais doivent être supportés par celui qui les a occasionnés, étant présumé que tel est le cas de la partie qui succombe (TF 5A\_5/2019 du 4 juin 2019 consid. 3.3.1).

**9.3** L'appelante a conclu en première instance au versement d'un montant de 832'216 fr. 05, intérêts en sus. Elle obtient gain de cause sur le principe de son action, mais à hauteur de 339'448 fr. 70 seulement, soit environ 40% de ses conclusions initiales. On doit dès lors admettre qu'une répartition à raison de 15% pour l'intimée et de 85% pour l'appelante est inéquitable et il convient de répartir les frais de première instance par

moitié ainsi que de compenser les dépens. L'appel est donc bien fondé sur ce point également.

## **10.**

**10.1** Au vu de ce qui précède, l'appel est très partiellement admis et le jugement attaqué doit être réformé aux chiffres I, II et VI en ce sens que l'intérêt dû sur la somme de 141'504 fr. 05 est dû dès le 6 août 2016 (I), que les frais judiciaires de première instance, arrêtés à 65'151 fr. 30, sont pour la demanderesse par 32'575 fr. 65 provisoirement laissés à la charge de l'Etat et mis à la charge de la défenderesse par 32'575 fr. 65 (II), les dépens de première instance étant compensés (VI).

**10.2** L'intimée a demandé l'assistance judiciaire. Les conditions de l'art. 117 CPC étant réalisées, sa requête doit être admise, Me Henri Bercher étant désigné comme conseil d'office avec effet du 23 juillet au 31 décembre 2021, puis Me Etienne Monnier.

**10.3** L'appelante a conclu en deuxième instance à ce qu'elle ne doive pas 339'448 fr. 70 avec intérêt et à une répartition différente des frais et dépens de première instance. Elle obtient uniquement gain de cause sur le point de départ de l'intérêt compensatoire dû sur la somme de 141'504 fr. 05 et sur les frais et dépens de première instance.

En conséquence, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 4'394 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'appelante (art. 106 al. 2 CPC) à hauteur de 4/5, soit de 3'515 fr., et à la charge de l'intimée à hauteur d'1/5, soit de 879 fr., ce dernier montant étant laissé provisoirement à la charge de l'Etat dès lors que celle-ci bénéficie de l'assistance judiciaire (art. 122 al. 1 let. b CPC).

**10.4** Me Bercher a droit à une rémunération équitable pour ses opérations et débours dans la procédure d'appel. Il a produit, le 1<sup>er</sup>

décembre 2021, une liste des opérations selon laquelle il a consacré 23.20 heures à la procédure d'appel, tout en précisant qu'il requiert uniquement un « *forfait* » de 10 heures de travail d'avocat. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a et b RA) [Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), l'indemnité de Me Bercher doit être fixée à 1'800 fr., auxquels il convient d'ajouter des débours par 36 fr. (1'800 fr. x 2 %, cf. art. art. 3bis al. 1 RA), ainsi que la TVA à 7,7% sur l'ensemble, soit 141 fr. 40, pour un total de 1'977 fr. 40, arrondi à 1'978 francs.

Me Monnier a repris le mandat de conseil de l'intimée. Ensuite de l'avis de la juge déléguée de la cour de céans du 2 février 2022 lui impartissant un délai pour confirmer qu'il n'y avait pas d'autres opérations que celles de Me Bercher à prendre en compte, tout en précisant que sans nouvelle dans ce délai, il serait considéré que tel était le cas, Me Monnier ne s'est pas déterminé. Aucune opération de sa part ne doit donc être indemnisée.

La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité à son conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC). Il incombe à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer le principe et les modalités de ce remboursement (art. 39a du Code du 12 janvier 2010 de droit privé judiciaire vaudois [CDPJ ; BLV 121.02]).

**10.5** Les dépens doivent être répartis dans la même mesure que les frais judiciaires. La charge des dépens est évaluée à 6'000 fr. pour chaque partie (art. 7 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]), de sorte que l'appelante versera en définitive à l'intimée la somme de 3'600 fr. ( $\frac{4}{5} - \frac{1}{5}$ ) à titre de dépens de deuxième instance.

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

- I. L'appel est partiellement admis.
- II. Le jugement attaqué est réformé aux chiffres I, II et VI de son dispositif comme il suit :
  - I. La défenderesse M. \_\_\_\_\_ SA doit immédiat paiement à la demanderesse C. \_\_\_\_\_ de la somme de 339'448 fr. 70 (trois cent trente-neuf mille quatre cent quarante-huit francs et septante centimes), avec intérêt à 5% l'an :
    - dès le 25 octobre 2007 sur la somme de 18'980 fr. (dix-huit mille neuf cent huitante francs) ;
    - dès le 6 août 2016 sur la somme de 141'504 fr. 05 (cent quarante et un mille cinq cent quatre francs et cinq centimes) ;
    - dès le 13 avril 2021 sur la somme de 178'964 fr. 65 (cent septante-huit mille neuf cent soixante-quatre francs et soixante-cinq centimes).
  - II. Les frais judiciaires, arrêtés à 65'151 fr. 30 (soixante-cinq mille cent cinquante et un francs et trente centimes), sont mis à la charge de la défenderesse par 32'575 fr. 65 (trente-deux mille cinq cent septante-cinq francs et soixante-cinq centimes) et provisoirement laissés à la charge de l'Etat pour la demanderesse par 32'575 fr. 65 (trente-deux mille cinq cent septante-cinq francs et soixante-cinq centimes).
- VI. Les dépens sont compensés.

Le jugement est maintenu pour le surplus.

- III.** La requête d'assistance judiciaire de l'intimée C.\_\_\_\_\_ est admise, Me Henri Bercher étant désigné comme son conseil d'office avec effet du 23 juillet au 31 décembre 2021 et Me Etienne Monnier étant ensuite désigné comme son conseil d'office.
- IV.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 4'394 fr. (quatre mille trois cent nonante-quatre francs), sont mis à la charge de l'appelante M.\_\_\_\_\_SA par 3'515 fr. (trois mille cinq cent quinze francs), ainsi que provisoirement laissés à la charge de l'Etat pour l'intimée C.\_\_\_\_\_ par 879 fr. (huit cent septante-neuf francs) .
- V.** L'indemnité de Me Henri Bercher, conseil d'office de l'intimée C.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'978 fr. (mille neuf cent septante-huit francs ), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité à son conseil d'office, mis provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC).
- VII.** L'appelante M.\_\_\_\_\_SA versera à l'intimée C.\_\_\_\_\_ la somme de 3'600 fr. (trois mille six cents francs) à titre de dépens de deuxième instance.
- VIII.** 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 Alexandre Lehmann (pour M. \_\_\_\_\_ SA),
- Me Etienne Monnier (pour C. \_\_\_\_\_),
- Me Henri Bercher (précédent conseil de C. \_\_\_\_\_).

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

- Mme la Présidente de 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 :