

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 26 août 2024

---

Composition : Mme CRITTIN DAYEN, présidente  
M. Oulevey et Mme Gauron-Carlin, juges  
Greffière: Mme Umulisa Musaby

\* \* \* \* \*

**Art. 8 CC ; art. 19 al. 1 CO et 100 al. 1 LCA**

Statuant sur l'appel interjeté par **M.**\_\_\_\_\_, à Clarens, demandeur, contre le jugement rendu le 22 mars 2023 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause le divisant d'avec la **P.**\_\_\_\_\_, à Bâle, défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 22 mars 2023, la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : la Chambre patrimoniale ou les premiers juges) a rejeté la demande déposée le 11 février 2020 par le demandeur M. \_\_\_\_\_ contre la défenderesse P. \_\_\_\_\_ (I), a statué sur les frais judiciaires, l'indemnité d'office de Me Joël Crettaz, conseil du demandeur, ainsi que sur les dépens (II à VI).

Le demandeur, victime d'un accident de la circulation routière survenu le 14 décembre 1997 en Espagne, avait ouvert une action en paiement contre la défenderesse, lui réclamant le versement d'un montant en capital de 915'000 fr. en se prévalant d'un contrat d'assurance signé par les parties le 17 juillet 1996, lequel prévoyait le versement d'un capital en cas d'invalidité présumée définitive provoqué par un accident. La défenderesse a soulevé deux moyens préalables que les premiers juges ont écartés. Ils ont d'abord retenu que le délai de prescription de deux ans prévu par l'art. 46 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) n'était pas arrivé à échéance au moment du dépôt de l'action le 11 février 2020. D'une part, on devait retenir que le *dies a quo* du délai de prescription (le fait d'où naît l'obligation) était la date à laquelle l'invalidité avait été attestée médicalement, ce qui correspondait en l'occurrence à la date du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_, établi le 9 juillet 2004. En outre, la défenderesse avait renoncé à se prévaloir de l'exception de prescription dès le 31 mars 2005 jusqu'au moment de l'ouverture d'action. L'action du demandeur n'était dès lors pas prescrite. Ils ont ensuite considéré qu'il était contraire aux règles de la bonne foi de soutenir qu'au moment de l'accident le demandeur n'était pas couvert par le contrat d'assurance dès l'instant où il était au chômage et bénéficiait de ce fait des indemnités versées par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (CNA). Au moment de la conclusion du contrat d'assurance, le demandeur était déjà au chômage, de sorte que la défenderesse ne pouvait pas invoquer le chômage pour échapper à son obligation de prester alors qu'elle avait

encaissé les primes en toute connaissance de cause. Force était par ailleurs de constater qu'elle avait effectué un versement de 60'000 fr. pour les suites de l'accident, de sorte qu'on ne voyait pas – s'il n'y avait pas de contrat – sur quelle base elle l'avait fait. La question de l'existence d'une couverture d'assurance pouvait toutefois rester ouverte compte tenu des considérants sur le lien de causalité.

Pour les premiers juges, si on devait admettre que deux des quatre conditions prévues par l'art. L4.1 des conditions générales de la défenderesse, à savoir la survenance d'un accident et l'invalidité présumée définitive, étaient remplies, tel n'était pas le cas s'agissant de l'existence d'un lien de causalité. Les seuls médecins ayant admis un lien de causalité entre l'accident et les troubles neuropsychologiques qui invalidaient le demandeur étaient le Dr R.\_\_\_\_\_ et le Dr C.\_\_\_\_\_. Le premier avait admis l'imputabilité totale de ces troubles à l'accident, tandis que le deuxième n'avait admis qu'un lien partiel. Force était surtout de relever que le Dr R.\_\_\_\_\_ n'avait examiné le patient qu'en ce qui concernait les troubles physiques, à savoir les douleurs cervicales. Or ces douleurs s'étaient apaisées ensuite des blocs facettaires effectués en 2003. S'agissant des troubles neuropsychologiques, les seuls invalidants, ils étaient apparus deux ans après l'accident, alors que, selon les rapports médicaux, dans la plupart des cas ces troubles disparaissaient deux ans après l'accident. Contrairement aux allégations du demandeur, aucun élément ne permettait de retenir que les troubles neuropsychologiques étaient apparus rapidement après l'accident, les premiers rapports médicaux ne faisant état que des douleurs cervicales. Puis, il ne pouvait être reproché à la défenderesse d'avoir mandaté les experts (les Dr G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_) pour examiner le demandeur bien des années plus tard car celui-ci n'avait annoncé son accident à la défenderesse qu'en mars 2005, c'est-à-dire 7 ans plus tard. Enfin, le demandeur, qui relevait le caractère contradictoire des avis médicaux au dossier, avait renoncé à la preuve par expertise.

**B.** Par appel du 16 novembre 2023, M.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'appelant) a conclu, avec suite de frais et dépens, à la réforme de ce

jugement, en ce sens que la demande du 11 février 2020 soit admise, la P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimée) étant condamnée à lui verser le montant de 915'000 fr., avec intérêt à 5% l'an dès le 14 décembre 1997.

Par ordonnance du 20 novembre 2023, le Juge délégué de la Cour de céans a accordé à l'appelant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 octobre 2023 et désigné l'avocat Joël Crettaz, en qualité de son conseil d'office.

L'intimée n'a pas été invitée à déposer une réponse.

Par avis du 21 mars 2024, le Juge délégué a informé les parties que la cause était gardée à juger, qu'il n'y aurait pas d'échange d'écritures et qu'aucun fait ou moyen de preuve nouveau ne serait pris en compte.

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

**1.** De février 1988 à mai 1996, l'appelant, né le 4 septembre 1956, a travaillé pour la société X. \_\_\_\_\_ en qualité de directeur.

**2.** Le 21 décembre 1995, le Dr H. \_\_\_\_\_ du CHUV a établi un rapport dont il ressort que l'appelant présentait un état vertigineux depuis début septembre 1995 avec une hyporéflexie vestibulaire droite, associée à une légère surdité de perception gauche.

**3.** Du 1<sup>er</sup> juin 1996 au 31 mai 1998, l'appelant a été inscrit au chômage auprès des caisses [...] et [...] à Zurich.

**4.** Le 17 juillet 1996, l'appelant a signé un contrat d'assurance-accidents collective pour les personnes non-soumises à la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) pour la période du 15 juillet 1996 au 1<sup>er</sup> janvier 2002. Ce contrat, régi par la loi fédérale sur le

contrat d'assurance (LCA), prévoit le versement d'un capital de 300'000 fr., en cas d'invalidité de 50%. La police d'assurance est soumise aux conditions contractuelles d'assurance, édition 1995. Ces conditions prévoient que la LAA s'applique par analogie. Elles stipulent notamment ce qui suit :

"(...)

*U1.6 Les prestations d'assurance en cas de décès et d'invalidité seront réduites proportionnellement si l'atteinte à la santé ne résulte que partiellement de l'accident.*

*(...)*

*L4.1 Si un accident provoque, dans un délai de 10 ans à compter du jour de l'accident, une invalidité présumée définitive, P. \_\_\_\_\_ verse le capital d'invalidité.*

*L4.2 Le degré d'invalidité est déterminé sur la base du barème des atteintes à l'intégrité selon les critères de la LAA.*

*L4.3 Les prestations sont calculées en fonction du montant du capital en cas d'invalidité fixé par la police, de la variante de prestation choisie et du degré d'invalidité.*

*L4.4 Le capital en cas d'invalidité est déterminé selon le tableau ci-contre.*

*(...)."*

*A1.1 L'assurance est valable pour les accidents survenant pendant la durée du contrat, dans le monde entier."*

Selon le tableau dont il est question au chiffre L4.4 ci-dessus, en cas d'invalidité à 100% le pourcentage du capital assuré est de 350% dans la variante B, qui a été choisie par l'appelant.

**5.** Le 14 décembre 1997, l'appelant, au volant d'un véhicule Ferrari 328 GTS immatriculé en Suisse ([...]), a été victime d'un accident de la circulation routière en Espagne. Son père, [...], qui le suivait immédiatement au volant d'un véhicule Range Rover immatriculé en Suisse (VD [...]) l'a embouti lors d'une manœuvre de dépassement. La collision a été très violente, le véhicule Ferrari conduit par l'appelant a été projeté à près de 150 mètres du point d'impact. Les deux véhicules ont été estimés en dommage total à la suite de l'accident. L'appelant roulait à la vitesse autorisée de 120 km/h.

**6.** Dans son rapport, la Guardia civil a reproché au conducteur du véhicule Range Rover de ne pas avoir respecté la distance de sécurité avec le véhicule Ferrari qui précédait. Dans l'avis de sinistre qu'il a rempli le lendemain de l'accident, l'appelant a mentionné son père comme auteur du dommage.

Le véhicule Range Rover était assuré en responsabilité civile auprès de la [...] selon une police d'assurance du 4 juillet 1996.

**7.** Il ressort des déclarations de l'appelant, entendu en qualité de partie, corroborées sur ce point par les constatations de l'expert [...] C.\_\_\_\_\_, qui a pu consulter des radiographies effectuées le lendemain de l'accident dans un hôpital espagnol (cf. ci-dessous, ch. 12), que l'appelant a consulté un médecin le lendemain et porté une minerve durant trois mois.

L'appelant s'est ensuite rendu à la Polyclinique, service de neurologie, du CHUV qui l'a examiné les 25 mars, 30 avril et 8 mai 1998.

Dans un rapport intitulé « résumé de cas » du 10 juillet 1998, les Drs [...], médecin associé, et [...], médecin assistant, ont relevé dans l'anamnèse du patient que celui-ci avait ressenti des « cervicalgies avec blocage intermittent dès le lendemain matin » de l'accident. Pour les suites de cet accident en Espagne, ils ont noté un « coup du lapin sans traumatisme crânien » et ont posé les diagnostics suivants :

*"- Syndrome cervical après accident de voiture avec coup du lapin en décembre 1997.*

*- Hémisyndrome sensitif facio-brachio-crural droit d'origine indéterminée.*

*- Neuropathie du médian au canal carpien à droite."*

Sous la rubrique « synthèse et conclusions », les médecins précités ont exposé qu'à l'examen neurologique, se présentait un discret syndrome vertébral, une hyposmie, un tremblement fin d'attitude et un hémisyndrome sensitif D factio-brachio-crural, sans signes objectifs et sans

atteinte de la force musculaire, sans signes radiculaires. Ils ont exclu une atteinte centrale à l'origine des troubles de la sensibilité et une possible plexopathie. Les Drs [...] et [...] ont pronostiqué une évolution nettement favorable sous anti-inflammatoires. Il persistait néanmoins une sensation d'engourdissement du MSD (réd.: membre supérieur droit), des douleurs au niveau du coude à l'effort et des décharges électriques lorsque le patient jouait au tennis. Une partie des symptômes persistants était probablement due à une neuropathie du médian du canal carpien et ont proposé le port d'une attelle de poignet pendant trois semaines.

Dans un autre rapport intitulé « résumé du cas » du 9 avril 1999, les Drs V.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et [...], médecin assistant, au service de neurologie du CHUV, ont noté que suite au dernier rendez-vous du 8 mai 1998, les nualgies suite à un coup du lapin en décembre 1997 avaient « pratiquement disparu ». Ils ont relevé encore une aggravation et une extension vers le thorax G de fourmillements, une ankylose et une hyposensibilité de l'hémicorps D, qui engendraient une inquiétude au niveau émotionnel chez le patient mais qui ne présentait pas de dépression majeure. Ces praticiens ont encore exposé ce qui suit :

*"Nous constatons une excellente évolution des nualgies survenues après un coup du lapin en 1997. A l'examen neurologique, on constate une extension de l'hypoesthésie thermo-algique de la nuque D au-delà de la ligne médiane vers la G mais pas d'anomalie objectivable, notamment pas de signe d'un syndrome du tunnel carpien D. En l'absence de nouvel élément clinique et au vu de la normalité des examens paracliniques lors du dernier contrôle (IRM cérébrale et cervicale, potentiels évoqués), nous n'avons actuellement pas d'indication pour des examens complémentaires.*

*Nous avons rassuré le patient dans le sens que les problèmes actuels ne sont pas l'expression d'une maladie neurologique dangereuse.*

*Nous restons à disposition pour réévaluer ce patient s'il le souhaite. Nous l'avons également encouragé à chercher un médecin traitant pour un suivi médical régulier."*

**8.** L'appelant a de nouveau été examiné au service de neurologie du CHUV le 25 février 2000.

Dans un rapport du 13 mars 2000, les Drs Q. \_\_\_\_\_, médecin associé, et [...], médecin assistant, ont indiqué ce qui suit :

*"Anamnèse actuelle : depuis l'accident de décembre 1997, le patient se plaint d'un hémisyndrome sensitif droit. Celui-ci est apparu progressivement alors que les douleurs post-traumatiques s'estompaient, et ce sur deux semaines. Il s'agit d'une impression de fourmillements permanents sur tout l'hémicorps droit, d'une hypoesthésie, ainsi que de décharges électriques, touchant tout l'hémicorps droit dépassant progressivement la ligne médiane en allant vers la gauche.*

(...)

*Le patient avait déjà consulté en polyclinique en Neurologie en mars 1998. Des examens avaient été effectués (résonance magnétique cérébrale et cervicale, radiographies cervicales fonctionnelles, électroneuromyographie) : aucune lésion post-traumatique ni pathologique n'avait été décelée si ce n'est qu'un syndrome du tunnel carpien à droite.*

*Le diagnostic différentiel de cet hémisyndrome sensitif droit reste entre un problème post-traumatique ou une affection démyélinisante. La symptomatologie s'étant aggravée ces deux dernières années, il nous semble indiqué de refaire une résonance magnétique à la recherche principalement d'une syringomyélie post-traumatique, ou bien des signes parlant en faveur d'une pathologie démyélinisante.*

(...)

*L'IRM du 1<sup>er</sup> mars ne montre aucune lésion (ni post-traumatique, ni démyélinisante).*

*Nous avons donc convoqué le patient pour le 15 mars à l'hôpital de jour compléter le bilan (sic)."*

Dans le « Rapport d'hospitalisation » du 15 mars 2000, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et [...] ont rappelé qu'une résonance magnétique cervicale et cérébrale et une ponction lombaire avaient été effectuées, donnant des résultats « dans la norme ». Discutant les résultats, les médecins ont écrit : « ces résultats d'examen font pencher en faveur de l'absence d'une pathologie médicale neurologique, une pathologie traumatique étant déjà exclue. De ce fait, il peut s'agir d'un syndrome post-traumatique, quoique le diagnostic soit peu probable vu le délai (28 mois après l'accident) ». Une « sinistrose » n'étant pas exclue, ils ont conseillé au patient une

psychothérapie. Evoquant les suites juridiques de l'accident, les médecins ont mentionné avoir « expliqué au patient que notre examen (clinique et paraclinique) n'a rien démontré de post-traumatique ».

Dans son rapport du 12 mai 2000, le Prof. [...], médecin-chef du service de rhumatologue au CHUV, a exposé recevoir le patient en consultation après que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait exclu une affection neurologique démyélinisante d'origine compressive. Après examen, le Prof. [...] a estimé que le patient paraissait présenter des troubles somatoformes douloureux de l'hémicorps D, mais n'avait pas d'argument pour une fibromyalgie. Le patient souffrait de troubles statiques rachidiens mineurs et d'une possible arthrose très débutante aux genoux.

**9.** Dans le rapport du 28 février 2002 que le Dr [...] K.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a adressé à la [...], il a indiqué ce qui suit sous la rubrique « évolution de la guérison et état actuel » : « *Aucune modification significative. Douleurs cervico-brachiales bilatérales, à prédominance droite. Eduction subjective de la sensibilité à l'hémicorps droit. Céphalées. Sensations vertigineuses occasionnelles. Baisse de la vision. Pertes de mémoire et de la dextérité* ». Il a dit ne pas avoir connaissance de maladie étrangères à l'accident et envisageait une prise en charge psychothérapeutique ou psychosomatique, précisant que les investigations neuroradiologiques avaient permis d'exclure une cause organique à cette symptomatologie, de même qu'« une SEP ».

**10.** [...] est décédé le 2 septembre 2002.

**11.** Dès le mois de février 2002, l'appelant a été suivi par les médecins du Groupe neurochirurgical romand.

L'appelant s'est rendu à la consultation du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie et professeur associé, à quatre reprises, à savoir les 6 février et 14 mars 2002 et 8 janvier et 20 mars 2003.

Dans son rapport du 26 mars 2003, le Dr R.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

*"Devant ce tableau de cervicalgies post-traumatiques sur coup du lapin, nous avons complété le bilan radiologique avec des radiographies fonctionnelles, qui montrent une petite angulation en C5-C6 avec une ostéophyte antérieure localisée et une IRM cervicale qui confirme le niveau atteint avec une uncarthrose C5-C6 prédominant à G. Par acquis (sic) de conscience, nous avons exclu une origine centrale aux problèmes sensitifs de l'hémicorps D par une anglo-IRM et une IRM cérébrale, qui se sont révélées normales.*

(...)

*Il s'agit pour moi d'une micro-instabilité C5-C6 post-traumatique, après un accident de la circulation en 1997 en Espagne. Cette micro-instabilité a entraîné une cervicarthrose accélérée du segment atteint C5-C6 et maintenant c'est le segment sus-jacent C4-C5 qui commence à présenter des signes de souffrance avec une mobilité excessive et les douleurs probablement d'origine facettaire. L'origine des douleurs est confirmée par une réponse partielle aux blocs facettaires en C5-C6 et le traitement devra encore être complété par des blocs facettaires en C4-C5."*

En 2003, l'appelant a subi, à deux reprises, par injections, des blocs facettaires C5-C6 puis C4-C5 bilatéraux.

Entendu en qualité de partie, l'appelant a déclaré que les infiltrations au bloc facettaire avaient eu l'avantage de soulager ses douleurs.

**12.** En 2004, l'appelant a été soumis à des examens neurologiques et neuropsychologiques menés par le Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue, et par D.\_\_\_\_\_, Dre en psychologie et logopédiste, dans le cadre d'une expertise requise par la [...], intervenant en qualité d'assureur occupants du véhicule Ferrari 328 GTS.

Le 2 juillet 2004, D.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise dont il ressort notamment ce qui suit :

*"Ces résultats corroborent globalement les plaintes du patient : effectivement il existe de légers troubles de la*

*mémoire ; un défaut du mot apparaît en test, et le discours est moyennement fluent ; les troubles du langage écrit n'apparaissent pas car ils sont liées (sic) probablement à des tâches plus exigeantes (ex. concevoir une lettre). Le patient est ralenti au niveau attentionnel, mais en mobilisant au maximum ses ressources, il peut parvenir à un résultat meilleur (atteinte plus quantitative que qualitative).*

*Les limites à la reprise d'une activité professionnelle, dans le domaine d'excellence du patient, sont nombreuses : une activité physique est exclue ; le patient ne peut pas circuler en voiture dans les périodes de vertiges ; il ne peut rester assis très longtemps ; face à un ordinateur, il a rapidement mal aux yeux, sa vue se brouille, il peut avoir mal à la tête. Sur le plan cognitif, outre les troubles légers mnésiques, langagiers et attentionnels, il ne pourrait plus suivre un rythme de travail soutenu. (...). L'atteinte à l'intégrité nous paraît modérée (20%, cf. Table 8, SUVA)."*

L'experte ne s'est pas prononcée sur l'éventuelle causalité entre ses constatations et l'accident.

Dans son rapport du 9 juillet 2004, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué notamment ce qui suit :

"B. AFFECTION ACTUELLE

(...)

*Sur le moment, le patient ressent des douleurs cervicales, peu importantes, et dont il n'a pas le temps de s'occuper étant donné que son père a fait un malaise au moment de l'accident.*

*Le lendemain, apparition de vives douleurs cervicales avec irradiation brachiale droite. Ces douleurs vont persister et, n'ayant pas de médecin traitant, le patient va consulter pour la 1<sup>ère</sup> fois le 25 mars 1998, à la policlinique de neurologie du CHUV où son cas est pris en charge par la Dresse C. [...]. A la première consultation, il se plaint de cervicalgies qui le réveillent la nuit ainsi que de fourmillements et d'un engourdissement du MSD [ndr : membre supérieur droit], d'une topographie non caractéristique pour un dermatome, douleurs irradiant jusqu'à la racine du MSD ; Valsalva négatif. Céphalées modérées une à deux fois par semaine, acouphènes non pulsatiles bilatérales prédominant à droite.*

(...)

D. DOSSIER RADIOLOGIQUE

*Radiographies cervicales face/profil du 19.12.1997 (provenance non indiquée mais on peut supposer qu'elle est espagnole, la droite et la gauche étant respectivement marquée D et I) : le*

*cliché de face montre une torsion anti-horaire du segment inférieur dans le cadre d'une probable attitude antalgique scoliotique gauche. De profil, il y a un effacement complet de la lordose physiologique, on peut même parler d'une cyphose qui est assez harmonieuse, malgré un léger décalage antérieur de C5 sur C6 dû en réalité à un prolongement ostéophyttaire du listel antéro-inférieur de C5. Légère ostéophytose marginale postérieure également à ce même niveau.*

(...)

#### *F. DISCUSSION*

*Il s'agit d'un patient âgé actuellement de 48 ans qui, lors d'un voyage en Espagne en décembre 1997, est victime de ce qu'il est convenu d'appeler actuellement un traumatisme par accélération crânio-cervicale.*

(...)

*Le lendemain apparaissent des douleurs cervico-brachiales droites importantes. Contrairement à ce qui ressort du dossier, et qui hypothéquait quelque peu la crédibilité du patient, la 1<sup>ère</sup> consultation d'un médecin n'intervient pas seulement 3 mois et demi après l'accident, le 25 mars 1998 à la Policlinique de Neurologie à Lausanne, mais le patient a déjà consulté en Espagne, le 19 décembre 1997, 7 jours après l'accident, puisque des radiographies de cette date figurent au dossier radiologique. Curieusement cette visite n'a laissé aucune autre trace dans le dossier.*

*Etant donné que ces radiographies sont marquées à la main, sans étiquette préimprimée et intégrée dans le film, je les ai comparées à celles pratiquées dernièrement pour m'assurer qu'il ne s'agissait pas de radiographies du père du patient, qui était impliqué et blessé à l'occasion du même accident. La dentition et les plombages dentaires permettent d'affirmer qu'il s'agit bien du patient lui-même.*

(...)

*Les symptômes du patient entrent toujours dans le cadre du STACC. Il convient toutefois à ce niveau d'examiner la possibilité d'un état antérieur ou étranger. En effet, la notion anamnétique d'une atteinte vestibulaire droite (vertiges non rotatoires en rapport avec une hyporéflexie vestibulaire droite) diagnostiquée en 1995, fait que les vertiges actuels avec leur présentation atypique pour une pathologie traumatique, peuvent difficilement être mis en rapport avec le traumatisme.*

*Un 2<sup>e</sup> élément qui est certainement antérieur à l'accident existe sous forme d'une atteinte dégénérative pluri-segmentaire, intéressant aussi bien le rachis cervical supérieur (déshydratation de plusieurs niveaux visibles à l'IRM) que moyen et inférieur, où l'atteinte prédomine en C5-C6. Ces dernières altérations sont déjà visibles sur les premières radiographies.*

*Un autre élément non traumatique est constitué par le syndrome du tunnel carpien droit, démontré par EMG en 1998 à Lausanne. Ce diagnostic pourrait expliquer partiellement les brachialgies droites. Il se manifeste encore actuellement sous forme d'acroparesthésies nocturnes et d'un signe de Phalen. Il ne peut en revanche expliquer les paresthésies de tout l'hémicorps droit.*

*Le Dr K. \_\_\_\_\_ introduit la notion d'une insuffisance vertébro-basilaire, argument parfois avancé, sans preuve matérielle ou radiologique, dans un contexte de traumatisme cervical mineur, pour expliquer certains phénomènes neurologiques autrement difficiles à expliquer. On ne peut guère admettre des manifestations ischémiques à proprement parler, en absence d'altérations IRM correspondantes. On pourrait tout au plus spéculer sur l'éventualité de manifestations neurovégétatives véhiculés par les plexus paravasculaires, mais il est impossible de concevoir la topographie d'une lésion qui se manifesterait exclusivement par une atteinte sensitive non alterne. En conséquence, on ne parvient à intégrer cette hémisymptomatologie dans un contexte traumatique et, de ce fait, il est impossible d'établir un lien de causalité entre ces manifestations et l'événement traumatique qui nous intéresse.*

*Selon le dossier, les troubles neuropsychologiques ne sont mentionnés pour la première fois que dans la lettre du 27 octobre 1999 adressée par le patient à l'assurance. Le patient indique à ce sujet que cela s'était manifesté depuis l'accident, en particulier l'obligation de devoir noter tous les rendez-vous. Il est possible que, dans l'environnement particulier du patient, en dehors d'un contexte professionnel exigeant, ces défaillances étaient moins apparentes. Le groupe de travail de la Société Suisse de Neurologie admet les troubles neuropsychologiques comme seule manifestation à survenue tardive, chez des patients qui ne reprennent pas une activité professionnelle. En effet, le patient indique ne plus avoir repris un travail rémunéré depuis l'accident. A ce propos, on relève l'annotation de la Dresse [...] [sic] dans le certificat adressé le 1<sup>er</sup> juillet 1998, à la [...]: " remarque : patient au chômage, pas de certificat médical établi lors des consultations".*

*Le mode d'installation des douleurs lombaires dont se plaint occasionnellement le patient, environ 3 à 4 mois après l'accident, et le contexte biomécanique de l'accident qui protège relativement bien le rachis lombaire, font que les symptômes lombaires ne sont pas imputables à l'événement accidentel.*

*(...)*

*Malgré le fait que le STACC, dans son expression pure, ne comporte pas d'altérations structurales démontrables, du moins avec les moyens diagnostiques à notre disposition à ce jour, on sait qu'un certain nombre de ces patients, quoique peu important, va endurer une symptomatologie invalidante, permanente et définitive. Ce patient présente un déficit*

neuropsychologique important correspondant à ses plaintes compatible avec le diagnostic de STACC. De plus, il présente plusieurs critères pronostiques initiaux défavorables, toujours selon le STACC, à savoir la survenue précoce, dans l'espace de 3 jours, de douleurs cervico-céphaliques importantes, de symptômes radiculaires ou pseudo-radiculaires et d'une multiplicité de symptômes.

Cela rend plausible le fait que le patient se situe « à l'arrière du peloton », avec une évolution défavorable par rapport à la majorité des STACC qui sont censés ne pas garder des séquelles permanentes.

(...)

Dans ces circonstances, on peut vraisemblablement admettre qu'il y a un lien causal entre les douleurs cervico-céphaliques persistantes et l'accident, lien dont la portée serait limitée à 50%, les autres 50% étant imputables aux différents éléments antérieurs et étrangers mentionnés dans la discussion.

*Diagnostics*

- **Syndrome après traumatisme par accélération crâni-cervicale à évolution défavorable**
- **Arthrose cervicale plurisegmentaire modérée à moyenne.**
- **Syndrome du tunnel carpien droit.**
- **Déficit neuropsychologique d'importante (sic) moyenne dans le cadre d'un STACC.**
- **Status après syndrome vertigineux sur hyporéflexie vestibulaire droite en 1995.**
- **Lombalgies commune (sic).**

## **REPONSE AUX QUESTIONS**

(...)

**3. Un traitement médical est-il encore susceptible d'améliorer l'état de santé de Monsieur M. \_\_\_\_\_?**

Réponse affirmative.

**4. Si oui, que proposez-vous ?**

Cure chirurgicale du syndrome du tunnel carpien droit.

**5. L'état actuel est-il uniquement une conséquence de l'accident du 14 décembre 1997 ou y a-t-il lieu de supposer qu'il est influencé par d'anciennes maladies, par une constitution anormale ou des prédispositions quelconques ?**

L'état actuel est une conséquence de l'accident et d'un certain nombre d'éléments antérieurs ou étrangers.

**6. Si oui, par quoi est-il influencé et dans quelle mesure (pourcentage) ?**

*Arthrose cervicale plurisegmentaire modérée à moyenne, asymptomatique avant l'accident ;*

*Syndrome du tunnel carpien droit ;*

*Status après syndrome vertigineux sur hyporéflexie vestibulaire droite diagnostiquée en 1995.*

*La responsabilité de ces éléments intervient dans une proportion de ½ dans la genèse des symptômes actuels.*

*(...)*

**8. L'état est-il actuellement définitivement stabilisé ?**

*Réponse affirmative sous réserve du résultat d'une cure chirurgicale du syndrome du tunnel carpien droit.*

*(...)*

**9.**

**a) (...)**

**b) S'agit-il d'une invalidité permanente ou seulement temporaire ?**

*Sous réserve des remarques faites sous question 8, il s'agit d'une invalidité permanente.*

*(...)*

**10. Si la question de l'invalidité ne peut pas être résolue à l'heure actuelle, quand pourra-t-elle être fixée définitivement ?**

*Il conviendrait en effet d'attendre le résultat de la cure du tunnel carpien (...).*

*(...)."*

**13.** Par courrier du 21 janvier 2005, le conseil de l'appelant a requis de l'intimée une attestation de renonciation à se prévaloir de la prescription.

Par courrier du 18 février 2005, l'intimée a refusé d'entrer en matière.

Par courrier du 22 février 2005, le conseil de l'appelant a informé l'intimée que l'accident du 14 décembre 1997 avait entraîné des séquelles tardives.

Par courrier du 23 février 2005, l'intimée a envoyé au conseil de l'appelant un formulaire de déclaration d'accident à remplir.

Par courrier du 31 mars 2005, l'intimée a renoncé à faire valoir la prescription.

**14.** Dans un rapport manuscrit du 12 juillet 2005, le Dr R. \_\_\_\_\_ a écrit que, dans l'ensemble, l'expertise réalisée par le Dr C. \_\_\_\_\_ était « appropriée », mais qu'il avait les divergences suivantes avec ce dernier praticien :

*"- L'atteinte cervicale n'est pas seulement de l'arthrose, mais également une atteinte facettaire C4-C5 et C5-C6 sur micro-instabilité*

- Le syndrome du tunnel carpien droit n'est pas retenu*
- Une partie des lombalgies est en relation avec l'accident en raison de l'atteinte cervicale*
- L'intégralité de l'atteinte (invalidité) me semble imputable à l'accident et non la moitié*
- L'atteinte est définitive et il n'y a pas lieu d'attendre pour se prononcer sur le degré d'invalidité*
- Dans le cadre du métier du patient, l'invalidité est complète si l'on tient compte de l'atteinte neuropsychologique et des douleurs."*

**15.** Le 24 mai 2006, les Drs R. \_\_\_\_\_, [...], spécialiste en neurochirurgie, et [...], spécialiste FMH en anesthésiologie et en soins intensifs, ont établi une synthèse, adressée « à qui de droit », dont la teneur est la suivante :

*"A la demande du patient, nous avons rédigé cette synthèse de son cas complexe.*

*M. M. \_\_\_\_\_ a subi un traumatisme cervical sous forme d'hyper-extension/hyperflexion lors de la conduite de son automobile sur l'autoroute en Espagne le 14.12.1997.*

*Cliniquement, il présentait après l'accident des cervicalgies progressives et des lombalgies suivies par un hémisyndrome sensitif droit associé à des vertiges et céphalées.*

*Depuis, le patient constate une baisse progressive de ses performances neuropsychologiques sous la forme de troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration et du langage.*

*Les investigations radiologiques démontrent une discarthose C5-C6 et une micro-instabilité C4-C5 ainsi que C5-C6.*

*Au statut neurologique, on objective surtout une mobilité cervicale diminuée et des difficultés de langage sous forme de manque du mot et une dénomination perturbée.*

*Depuis l'accident, le patient, en raison de séquelles somatiques et des déficits neuropsychologiques, n'a pas pu reprendre une activité professionnelle dans son ancien métier, pour lequel il présente une incapacité totale.*

*Motivé par l'intensité des douleurs, de multiples traitements antalgiques ont été et sont encore périodiquement entrepris avec des améliorations transitoires de la symptomatologie cervicale. Par contre, il n'y a pas de modification en ce qui concerne les vertiges, les céphalées et les atteintes neuropsychologiques.*

*Selon les éléments en notre possession, nous pouvons affirmer que l'intégralité de l'atteinte neuropsychologique et douloureuse est imputable à l'accident.*

*Selon notre appréciation et en fonction des douleurs et de l'atteinte neuropsychologique, la capacité de travail définitive est inférieure à 30% quelle que soit l'activité.*

*Selon les critères de la SUVA, le taux d'atteinte à l'intégrité est de 40% pour la partie liée à la colonne vertébrale et de 20% pour les complications neuropsychologiques, ce qui donne un total de 60%."*

**16.** Les 29 août et 4 septembre 2006, les Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont rendu des rapports complémentaires dans le cadre de l'expertise requise par [...]. Ils ont retenu qu'eu égard à la formation et à la situation professionnelle de l'appelant, il se justifiait d'augmenter l'atteinte sur le versant psycho-cognitif à 25% et à 15% sur le plan physique.

Dans son rapport du 29 août 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé l'existence d'une arthrose cervicale plurisegmentaire modérée à moyenne antérieure à l'accident, sur la base des radiographies et de la première IRM, réitérant que l'arthrose était alors asymptomatique. Répondant à la

question de savoir dans quelle mesure l'arthrose serait devenue symptomatique nonobstant l'accident, le Dr C.\_\_\_\_\_ a considéré qu'au vu du traumatisme subi et de son importance, on ne pouvait qu'estimer une période au cours de laquelle on pouvait imputer les symptômes à l'accident. S'agissant des troubles vertigineux, le Dr C.\_\_\_\_\_ a expliqué que la survenance cyclique des symptômes, l'apparition de symptômes deux ans après l'accident et l'absence d'une pathologie post-traumatique caractéristique, conjointement à la notion d'une hyporéflexie vestibulaire droite diagnostiquée en 1995, rendaient la relation causale avec l'accident assez improbable. Répondant à la question de savoir si en raison du syndrome cervical post traumatique avec irradiation pseudoradiculaire, l'assuré était atteint sur tout l'hémicorps droit et souffrait d'une atteinte facettaire C4-C5 et C5-C6 sur micro-instabilité et lombalgies, l'expert a précisé que l'émissyndrome droit sans substrat radiologique présentait des caractéristiques neurologiques qui le rendaient inexplicable par une pathologie traumatique. L'expert ne partageait pas l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ concernant une éventuelle atteinte facettaire C4-C5 et C5-C6 en rapport avec une microinstabilité et des lombalgies. A cette époque le Dr C.\_\_\_\_\_ a signalé un « éventuel état dépressif » comme élément étranger à l'accident qui viendrait interrompre le rapport de causalité.

Dans sa lettre du 4 septembre 2006, la Dre D.\_\_\_\_\_ a exposé que l'expertise neuropsychologique n'avait pas mis en évidence un état dépressif ou d'anxiété évidente et a rappelé qu'en l'état du dossier elle n'avait pas connaissance de documents qui relateraient des troubles ou altérations de la personnalité. Appelée à se prononcer sur l'invalidité de travail retenue (40%), singulièrement en indiquant si cette appréciation n'était pas « trop optimiste », la Dre D.\_\_\_\_\_ a répondu par la négative, faisant valoir qu'on ne pouvait pas retenir une atteinte moyenne ou grave, car les déficits neurologiques observés ne correspondaient pas à la description qui en était faite dans les tables de la SUVA. La question de l'atteinte à l'intégrité restant tout de même très délicate, l'appréciation devait tenir compte de la profession et des conditions de reprise dans l'activité personnelle de l'assuré, comme il était indiqué de le faire dans les tables 8 de la SUVA (réd. : SUVA, Indemnisation des atteintes à

l'intégrité selon la LAA, Tableau 08, Atteinte à l'intégrité en cas de troubles de la fonction cérébrale après une lésion cérébrale). Selon l'experte, on pouvait admettre un taux de 25% d'atteinte à l'intégrité (atteinte modérée).

**17.** Le 13 novembre 2006, le Dr B. \_\_\_\_\_ a établi un rapport indiquant que *« l'EMG du nerf médian au poignet D est strictement normal. Il n'y a donc pas lieu de penser chez ce patient à l'existence d'un syndrome du tunnel carpien D »*.

Toujours le 13 novembre 2006, l'appelant s'est rendu à la consultation du Dr [...], médecin adjoint au service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) et de chirurgie cervico-faciale du CHUV.

Dans un rapport du 23 novembre 2006, le Dr R. [...] a notamment écrit ce qui suit au Dr H. \_\_\_\_\_ :

"RAPPEL ANAMNÉSTIQUE :

*Je ne reviendrai pas en détail sur l'histoire compliquée de ce patient qui remonte déjà à plus de dix ans. Brièvement, épisodes de vertiges rotatoires occasionnels depuis l'automne 1995, pour lesquels différentes investigations ORL et neurologiques n'ont rien révélé de particulier. Potentiels évoqués auditifs précoces (1995) [sic] et IRM cérébrale (1996). (...)*

*Actuellement, le patient est dans une période asymptomatique et se sent bien concernant l'équilibre depuis deux mois.*

(...)

DISCUSSION - CONCLUSION :

*L'examen otoneurologique est normal sans évidence d'un trouble vestibulaire organique à l'origine de la symptomatologie. Par contre, les épreuves posturales sont perturbées, tant à l'examen clinique qu'en posturographie. L'histoire clinique et le résultat de l'examen parlent en faveur d'un trouble fonctionnel de l'équilibre (désorganisation sensori-motrice) avec altération du schéma corporel, trouble de la perception du mouvement et de l'espace et difficulté du contrôle postural. Cette symptomatologie reste cependant fluctuante. (...) Ce trouble de l'équilibre s'inscrit dans un cortège de plusieurs autres symptômes séquellaires d'une entorse cervicale subie en décembre 1997 pour lesquels aucun*

*trouble organique n'a été mis en évidence. Le trouble de l'équilibre actuel fait donc probablement partie d'un syndrome post traumatique chronique.*

(...)."

Dans la lettre du 23 novembre 2006, faisant allusion à des questions du conseil de l'appelant, le Dr C. \_\_\_\_\_ a écrit à la [...] qu'à force de reposer les mêmes questions légèrement modifiées, des erreurs ou malentendus pouvaient se produire. Il a expliqué qu'il ne pouvait pas donner de réponse plus claire concernant « l'arithmétique des différents éléments intervenant dans l'appréciation de la causalité », soulignant que l'arthrose cervicale préexistante était « certainement au premier plan » et qu'une estimation plus fine qu'un 50%-50% (retenue dans son rapport du 29 août 2006) n'était pas réaliste.

**18.** A compter de mars 2007, l'appelant a dû suivre un traitement psychiatrique auprès du Dr W. \_\_\_\_\_. Ce dernier a rédigé, le 4 janvier 2008, un rapport médical dont il ressort notamment ce qui suit :

*"les renseignements suivants concernent l'évolution de Monsieur M. \_\_\_\_\_ qui suit un traitement psychiatrique depuis le 15.3.2017.*

(...)

*C'est surtout sur le plan intellectuel et cognitif qu'il ressent avec le temps le plus de limitations et de séquelles de cet accident.*

*Il souffre de problème de mémoire, des troubles de l'attention, de la concentration. Il a beaucoup de peine à assimiler de nouvelles connaissances. Il doit mobiliser toute sa concentration, qui est déjà fortement diminuée, pour comprendre et enregistrer les informations. Il se plaint d'une grande lenteur dans ses facultés à traiter l'information, à réagir à cette même information. Il se plaint également de difficultés dans son élocution. Il a également de la peine à trouver les mots précis. Son écriture est aussi touchée avec une diminution dans ses capacités orthographiques.*

(...)

*Cette symptomatologie qui correspond aux difficultés décrites dans l'expertise neuropsychologique effectué (sic) par la neuropsychologue D. \_\_\_\_\_ à Genève en date du 2.7.2004, s'est encore empirée entre-temps d'après Monsieur D. \_\_\_\_\_.*

*Il présente également des troubles du comportement.*

*Au fil du temps, il est devenu plus agressif, plus impulsif, devant la moindre contrariété.*

*(...)*

*Ce patient présente actuellement des tendances dysthymiques de plus en plus marquées avec un fond de dépressivité, de perte d'élan vital et du sens de sa vie, d'idées suicidaires avec le sentiment qu'il ne pourra plus rien construire pour son futur, ni retrouver un travail avec les exigences professionnelles demandées actuellement, comme le soulignait d'ailleurs la neuropsychologue D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2.7.2004.*

*Ce patient souffre donc, pour conclure, d'une symptomatologie polymorphe post-traumatique lourde sur le plan physique, cognitif et psychique.*

*Il me paraît tout à fait impossible qu'il reprenne une activité comparable à celle qu'il exerçait avant son accident de voiture en 97.*

*Il est évidemment difficile de se prononcer sur ses capacités professionnelles actuelles puisqu'il n'a plus exercé d'activités depuis cet accident.*

*Il me semble difficile que ce patient puisse trouver une activité professionnelle correspondant à ses limitations actuelles."*

**19.** Dans un courrier du 25 septembre 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit :

*"(...)*

*1) Vous aimeriez savoir quelle est la cause précise du « déficit neuropsychologique d'importance moyenne dans le cadre d'un syndrome après traumatisme par accélération crânio-cervicale », retenu comme diagnostic en page 12 de mon expertise.*

*Contrairement aux autres pathologies à la base des différents symptômes du patient, le déficit dans le domaine neuropsychologique a comme seule cause l'accident du 12 [recte : 14] décembre 1997.*

*2) Vous vous référez ensuite au bilan neuropsychologique effectué par la Dresse D. \_\_\_\_\_, que je cite à la page 7 de mon expertise, où elle estime que le patient ne pourrait pas suivre un rythme de travail soutenu.*

3) Vous demandez finalement si le poste de travail de l'assuré en tant que dirigeant d'entreprise, conformément à la description de son dernier travail jointe en annexe, est adapté au déficit neuropsychologique en question.

La réponse à la question 2) et 3) est contenue dans le complément de rapport établi le 04.09.2006 par la Dresse D. \_\_\_\_\_ (copie en annexe).  
(...)

La Dresse D. \_\_\_\_\_ estime que le patient présente des altérations qui portent surtout sur les aspects quantitatifs alors que le versant qualitatif est préservé. Dès lors, elle précise qu'il ne pourrait plus suivre un rythme correspondant aux exigences des emplois actuels mais ses capacités pourraient s'exprimer dans une activité indépendante, telle qu'elle a été pratiquée en dernier lieu.

Dans ce contexte, on peut se demander si la description du dernier poste de travail, (...), ne correspond pas, sous certains aspects, à une vue quelque peu idéaliste de l'activité de Monsieur M. \_\_\_\_\_. D'après la description en question, cette situation a duré seulement jusqu'en 1996, donc une année avant l'accident en question. Par ailleurs, il faut se souvenir que le patient, mis à part une consultation unique en Espagne avant son retour, n'a consulté en Suisse que 3 mois après l'accident et qu'à l'occasion de cette consultation à la Polyclinique de Neurologie du CHUV chez la Dresse T. \_\_\_\_\_, cette dernière note que le patient est au chômage et qu'elle n'a rempli aucun certificat médical au cours du traitement, dans le sens que le patient ne lui en n'a pas demandé. (...)

On est donc tenté d'admettre qu'il existe, du moins pour les années 1996/1997, une autre explication, non médicale, aux changements des conditions de travail.

(...)."

Dans son complément du 16 octobre 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a écrit que « la qualification d'important" du déficit neuropsychologique, mentionnée à la page 12 de mon rapport d'expertise du 9 juillet 2004, est à situer dans le cadre du syndrome après traumatisme par accélération crânio-cérébrale. Il s'agit donc d'un déficit neuropsychologique relativement "important" pour un STACC, mais "modéré" en terme absolu ». Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle indépendante était de 100% avec une baisse de rendement de 20%, appréciation qu'il donnait sous réserve de la confirmation par la Dre D. \_\_\_\_\_.

**20.** Le 28 octobre 2008, l'appelant a déposé une demande de prestation AI pour adulte.

**21.** Par courrier du 27 novembre 2008, la [...] a notamment écrit ce qui suit à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI):

*"Du rapport de notre médecin conseil du 16 avril 2007 il ressort clairement que les troubles invalidants que fait valoir Monsieur M. \_\_\_\_\_ ne sont pas en lien de causalité avec l'accident qui nous occupe. De ce fait, nous considérons avoir entièrement dédommagé Monsieur M. \_\_\_\_\_ des séquelles de l'accident avec le versement de la somme de Fr. 80'000.00."*

Le médecin conseil de la [...] était la Dresse N. \_\_\_\_\_, laquelle n'avait pas reçu l'appelant en consultation et avait rédigé un rapport d'une page en allemand.

**22.** Dans un rapport médical du 4 décembre 2008 destiné à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a déclaré que depuis son accident, l'assuré était confronté progressivement à une diminution de ses capacités physiques, intellectuelles et psychiques, de sorte qu'il avait dû arrêter totalement son activité professionnelle et sa vie sportive. Il a précisé que « c'est surtout sur le plan intellectuel et cognitif qu'il ressent avec le temps le plus de limitations et de séquelles de cet accident ». Le Dr W. \_\_\_\_\_ a soutenu que son patient « présente également des troubles du comportement » qui « influencent son état psychique ». Il rapporte que son patient « a le sentiment que ses aptitudes physiques, intellectuelles, cognitives et sociales se sont définitivement détériorées ». Il a précisé ce qui suit sous la rubrique « *Diagnostics* » :

*"Syndrome posttraumatique avec présence d'un état de démoralisation accompagné de troubles dysthymiques chroniques.*

*Présence également de troubles physiques et cognitifs chroniques."*

**23.** Une convention de règlement partielle a été conclue par les parties le 9 février 2009.

Le 18 février 2009, l'intimée a versé à l'appelant la somme de 60'000 francs. Ce montant correspondait au taux d'invalidité de 20% retenu par le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée.

L'intimée espérait régler ce litige par ce versement. L'appelant a accepté ce versement à titre d'acompte uniquement.

**24.** Le 10 mars 2009, le Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du Service médical régional AI (SMR), a établi un rapport à la suite d'un examen clinique. Il a exposé que l'anamnèse ne permettait pas de constater une maladie psychiatrique (symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive) ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. Sous diagnostics, il a retenu ce qui suit :

- **avec répercussion sur la capacité de travail :**
  - **A DETERMINER LORS DE LA RECEPTION DE L'EXPERTISE NEUROPSYCHOLOGIQUE**
- **sans répercussion sur la capacité de travail :**
  - **DYSTHYMIE F34.1**

L'examen neuropsychologique évoqué ci-dessus a été réalisé par la Prof. S.\_\_\_\_\_ au CHUV, laquelle a rendu, le 5 octobre 2009, un rapport d'expertise dont la teneur est notamment la suivante :

*"Les troubles que nous avons constatés ne sont pas compatibles avec une activité professionnelle de directeur. Par contre, une activité plus simple, dans le domaine d'expertise antérieure du patient pourrait être possible avec un taux d'activité de 70 à 80% (jugé du point de vue neuropsychologique seulement). Il est fort probable que le rendement sera diminué de 30 à 50%.*

*Du point de vue neuropsychologique, nous estimons que l'atteinte à l'intégrité se situe entre modérée (20%) et modérée à moyenne (30%).*

*(...)*

*IRM cérébrale (27.03.1998) : dans les limites des normes ; en particulier pas de lésion focale thalamique.*

*Dernier examen NPS (23-24.06.2004 ; H. D.\_\_\_\_\_): manque du mot à la dénomination, ralentissement à l'expression orale et à une épreuve de dénomination et lecture sous contrainte*

*temporelle, fléchissement de la mémoire de travail et des fonctions exécutives et ralentissement des temps de réaction.*

**Examen neuropsychologique du 31 août et du 7 septembre 2009**

(...)

**CONCLUSION :** Cette évaluation chez un patient distractible et fatigable met en évidence des troubles sévères de la mémoire antérograde verbale à long terme et en mémoire de travail, un ralentissement (aux temps de réaction et à certaines épreuves exécutives), des troubles d'attention divisées comparables avec l'examen de juin 2004.

(...)."

**25.** Dans un rapport établi le 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de « *trouble mental organique dû à un dysfonctionnement cérébral et une dysthymie* ». Il n'a pas retenu d'épisode dépressif présent ou passé. Il a également estimé que l'hypothèse d'un trouble somatoforme ne pouvait pas être retenue. Selon lui, la capacité de travail exigible était de 0% sur le plan psychiatrique, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 8 mars 2020, le Dr [...], médecin conseil du SMR, a émis un avis selon lequel l'assuré était victime d'un « *whiplash syndrome* relativement banal par collision arrière ». Il a conclu qu'« on peut considérer que l'atteinte existe depuis l'accident initial ».

**26.** Par courrier du 16 juillet 2015, l'appelant a souscrit à la proposition d'expert psychologique, à savoir F. \_\_\_\_\_, et a proposé le Dr G. \_\_\_\_\_ à titre d'expert neurologue. Il a notamment écrit ce qui suit à l'intimée :

*"Par souci d'objectivité, ne serait-il pas préférable que chaque expert évalue indépendamment son domaine de compétence au lieu de subordonner le volet neuropsychologique au neurologue."*

Par courrier du 25 août 2015, l'intimée a informé l'appelant que leur médecin conseil ne pouvait pas prendre position et qu'elle souhaitait dès lors mettre en œuvre une expertise médicale en neurologie et une autre expertise médicale en neuropsychologie.

A la requête de l'intimée, le Dr G. \_\_\_\_\_, neurologue, a établi un rapport d'expertise daté du 30 septembre 2015, dont les constatations et conclusions sont notamment les suivantes :

*"Je suis aussi frappé, du point de vue neuropsychologique, de l'exactitude et de la précision de son anamnèse sur toutes les circonstances de l'accident.*

(...)

*Toujours est-il que je pense qu'il est important de souligner qu'il n'y a pas eu de traumatisme crânio-cérébral, ni aucun impact au niveau crânien.*

(...)

#### **4. Diagnostics**

- Status après traumatisme cervical par accélération/décélération.
- Etat de stress chronique secondaire.
- Hémisyndrome sensitif hémicorporel droit et de l'hémitronc gauche de nature indéterminée.
- Hyposmie d'origine indéterminée.

#### **5. Causalité naturelle (motiver les réponses)**

(...)

*Le Docteur C. \_\_\_\_\_ l'a amplement démontré dans son expertise. (...) un hémisyndrome sensitif ne peut être rattaché qu'à une lésion cérébrale. L'absence de mécanisme impliquant la tête permet donc d'écarter une relation de causalité directe (...).*

*Ultérieurement, dès 1999, il développe des symptômes qui se sont accentués progressivement (...).*

(...)

*(...).Les éléments relevés par Madame D. \_\_\_\_\_ et du (sic) Professeur S. \_\_\_\_\_ ne peuvent être rattachés à une lésion cérébrale puisqu'il n'y a pas eu de traumatisme crânio-cérébral ni même de commotion. En conséquence, ces éléments sont non spécifiques et s'intègrent dans le cadre d'un état de stress inhérent aux suites traumatologiques en elles-mêmes, parfaitement bien reconnues dans cette entité puis amplifiés par des éléments secondaires. Enfin, une majoration n'est pas exclue en raison des différences neuropsychologiques entre les évaluations et le comportement de l'assuré, constaté durant mon entretien.*

*Ce jour, son examen neurologique est parfaitement normal hormis les troubles sensitifs hémicorporels droits et de l'hémitronc gauche décrits.*

*Toutefois, ils ne sont pas de nature lésionnelle mais plutôt fonctionnelle, élément amplement démontré dans le cadre des investigations au CHUV. Ils ne peuvent pas être rattachés à une lésion d'une structure neurologique déterminée.*

**5.1** *Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 14.12.1997 ?*

*Il est possible qu'une partie de ses douleurs soit aussi inhérente aux conséquences immédiates de son accident. En effet, l'accident était important puisqu'il existe un dégât total d'une Ferrari et d'une Range Rover (selon les dires de l'assuré). Le choc a eu lieu entre 120 et 140 km/h. (...)*

*Ceci a engendré un syndrome post-traumatique entrant dans le cadre d'un syndrome cervical par accélération/décélération. Toutefois, il n'y a aucune lésion objective notamment d'ordre neurologique pouvant être directement rattachée à l'accident lui-même. Il existe des signes inhérents à un état de stress survenu secondairement dans le cadre des changements de vie personnelle, professionnelle, familiale et aux démarches asséculo-logiques et judiciaires.*

*Ce jour, il existe tout au plus une relation de possibilité avec son accident.*

*(...)*

**5.3** *L'accident du 14.12.1997 a-t-il décompensé un état antérieur (...)?*

*Avant l'accident, l'assuré déclare qu'il était très actif, qu'il avait des activités professionnelles florissantes et qu'il n'y avait aucune difficulté.*

*Le seul élément que je relève est qu'il s'est retiré de son entreprise et qu'il y aurait eu des dissensions avec ses associés. Toujours est-il qu'à la suite de cela, un arrangement a été trouvé. Il est resté actionnaire jusqu'au moment où l'entreprise a été déclarée en faillite. En l'état, il m'est difficile de quantifier les conséquences de ces démarches sur l'état de santé de l'assuré.*

## **6. Capacité de travail**

**Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 14.12.1997 ?**

*Du point de vue neurologique, je ne relève aucun déficit objectif pouvant l'empêcher de vaquer à une activité professionnelle.*

*(...)*

**6.1.1 Des limitations en raison des séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré ?**

*Du point de vue neurologique pur, il n'existe aucun déficit motivant des limitations.*

(...)

**6.2 Pronostic : doit-on s'attendre à une adaptation/acclimatation aux séquelles de l'accident ? Cas échéant, dans quelle mesure l'incapacité de travail serait-elle influencée ?**

*Pour ma part, je ne relève aucun déficit neurologique significatif pouvant le limiter dans ses activités professionnelles, sous réserve des constatations neuropsychologiques.*

**7. Traitement médical**

*Un reconditionnement à l'effort est indispensable. Nous avons longuement parlé des manifestations physiques inhérentes à un état de stress chronique qu'il a parfaitement bien comprises. Cette affirmation est confortée par le mail qu'il m'a écrit plusieurs jours après notre entretien (en annexe).*

*Le Dr W. \_\_\_\_\_ devra le cadrer dans ce sens et l'encourager afin qu'il reprenne confiance en lui et soit tourné vers les éléments lui apportant amélioration de son état général.*

(...)

**9.2 Répartition des causes : comment estimez-vous la répartition (%) des causes entre les facteurs en relation avec l'accident et ceux étrangers ?**

*L'anamnèse de l'assuré est très clairement divisée en deux. Jusqu'à l'évaluation de la Doctoresse V. \_\_\_\_\_, le 09.04.1999, je pense que la situation doit, très clairement, être rattachée à l'accident. Pour la suite, d'autres facteurs entrent en ligne de compte et il s'agit d'une aggravation secondaire inhérente à un état de stress d'origine multifactorielle.*

(...)

Questionnaire de l'assuré :

(...)

**3. (...), quel est le taux de l'atteinte à l'intégrité corporelle que l'assuré a subi consécutivement à son accident ?**

*Il n'y a eu aucune atteinte neurologique objective hormis l'hémisyndrome sensitif droit et les troubles de la sensibilité de l'hémitronc gauche, survenus dans un second temps. Ceux-ci n'ont pas pu être rattachés à une lésion organique au cours*

*d'investigations extensives et spécialisées. Par ailleurs, ils ne peuvent pas non plus être rattachés à une lésion post-traumatique en elle-même puisqu'il n'y a eu aucun choc au niveau de la tête.*

*Du point de vue neurologique, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité, cela devra être pondéré par l'évaluation neuropsychologique qui sera effectuée cet automne."*

L'intimée a également mandaté F.\_\_\_\_\_, psychologue, qui a rédigé un rapport d'expertise neuropsychologique le 2 novembre 2015, dans lequel elle a observé un assuré peu fatigable malgré la longueur de l'examen (3 heures le matin dont 2 heures d'anamnèse et 3 heures l'après-midi sans pause), mais ralenti, nosognosique de ses difficultés cognitives. L'experte a notamment retenu ce qui suit :

*"Le contraste entre les connaissances de l'actualité et les mauvaises performances dans un test d'apprentissage verbal ne sont (sic) pas surprenantes pour la raison suivante : dans la situation de testing, l'assuré a 5 essais pour apprendre 15 mots (sans signification émotionnelle), donnés au rythme de l'examinatrice, et il doit les redire 45 minutes plus tard. Concernant l'actualité, l'assuré la regarde à la télévision chaque jour, s'y intéresse, suit des débats. Son encodage est émotionnel et l'apprentissage se fait de façon distribuée, de manière répétée. Il réfléchit sur les informations et par conséquent les organise, rendant ainsi leur stockage plus aisé.*

*Concernant l'excellente connaissance de son dossier, on peut faire les mêmes remarques : encodage très émotionnel, apprentissage distribué, informations qu'il a comprises, organisées, structurées dans son cerveau.*

*Par conséquent, le fait que la connaissance des actualités et du dossier médical soit bonne alors que les résultats aux tests ne le soient pas n'est pas une preuve de mauvaise volonté, mais peut s'expliquer par la nature des informations à encoder et la manière de le faire.*

*(...)*

*On ne peut pas expliquer l'aggravation et l'importance du ralentissement par des facteurs organiques (en l'absence d'une nouvelle atteinte cérébrale), et pour cela nous rejoignons l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ qui explique que « il convient de dissocier le dossier en 2 parties », avec dans un premier temps des éléments qui entrent clairement dans le cadre d'un syndrome cervical par accélération/décélération (sic) inhérent à son accident du 14.12.97 ayant duré 1 à 2 ans, suivi dans un deuxième temps, dans le cadre de cette*

*symptomatologie initiale, par un développement progressif d'autres symptômes, notamment de troubles neuropsychologiques et sensitifs. « Ces signes seraient inhérents à un état de stress chronique et ne sont pas de nature lésionnelle, mais dues (sic) à des modifications physiques inhérentes à des changements importants de son mode de vie.*

*(...)*

*M. \_\_\_\_\_ présente des troubles neuropsychologiques : un ralentissement important dans tous les tests chronométrés et les épreuves informatisées, ainsi que dans les épreuves langagières orales et écrites, avec des temps de réaction simples proches de la seconde ; des troubles mnésiques épisodiques antérogrades modérés à sévère en modalité verbale avec de légères difficultés d'apprentissage et une perte d'information significative après 45 minutes (difficultés de consolidation) ; une mémoire de travail un peu faible et des difficultés modérées d'attention divisée ; un léger manque du nom propre, des performances dans la norme inférieure en dénomination fine et un manque du mot relevé cliniquement.*

*(...)*

*M. \_\_\_\_\_ mentionne des troubles neuropsychologiques pour la première fois dans une lettre à son assurance en octobre 99, mais ces derniers sont objectivés pour la première fois les 23 et 25 juin 04 par l'examen neuropsychologique de Madame D. \_\_\_\_\_.*

*(...)*

*Les troubles étaient psycho-organique dans un premier temps, mais l'aggravation actuelle du tableau implique une composante psychogène.*

*(...)*

*Du point de vue neuropsychologique, si l'assuré n'avait pas été victime de cet accident, il travaillerait actuellement comme avant. Par conséquent, le statu quo ante et le statu quo sine ne sont pas atteints.*

*Quel est le diagnostic selon ICD-10 ou DSM IV ? Motivation ?*

*Troubles neuropsychologiques, suite à un traumatisme cervical par accélération/décélération, avec aggravation secondaire.*

*(...)*

*Dans la Table 8 de la SUVA « atteinte à l'intégrité pour complications psychiques de lésions cérébrales », nous retenons une atteinte à l'intégrité de 25%, qui se situe entre une atteinte modérée (20%) et une atteinte moyenne (35%). Rappelons qu'il est bien spécifié que lors de l'évaluation de*

*la gravité, « seuls sont pris en compte les troubles dont l'origine est une lésion cérébrale d'origine organique vérifiée qui elle-même est à la source de troubles durables ». Par conséquent, nous n'avons pas tenu compte de l'aggravation des troubles secondaires, d'origine psychogène selon notre appréciation. Pour en tenir compte, il faudrait qu'un psychiatre réponde sur la base de la Table 19 de la SUVA « atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accidents. »*

**27.** Malgré la réserve exprimée par l'appelant, l'intimée a requis des experts précités qu'ils rédigent un rapport de concilium.

Le 14 mars 2016, les Drs G.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont établi un tel rapport, dont il ressort notamment ce qui suit :

*"Dans le cadre de son évaluation du 09 avril 1999, la Doctoresse V.\_\_\_\_\_ relève que les nuchalgies ont quasi-disparu. Il convient de souligner qu'à ce moment, Monsieur M.\_\_\_\_\_ ne mentionnait aucun trouble des fonctions supérieures. De ce fait, ni la Doctoresse V.\_\_\_\_\_, ni le Professeur Q.\_\_\_\_\_ n'ont demandé d'évaluation neuropsychologique détaillée. Les plaintes cognitives sont mentionnées pour la première fois dans une lettre de Mr M.\_\_\_\_\_ à son assurance, en octobre 99, soit presque deux ans après l'accident.*

*(...)*

- *Monsieur M.\_\_\_\_\_ a bénéficié de trois investigations neuropsychologiques par des psychologues spécialistes en neuropsychologie, en 2004 (Mme D.\_\_\_\_\_), 2009 (Mme L.\_\_\_\_\_/ Prof S.\_\_\_\_\_) et en 2015 (Mme F.\_\_\_\_\_). Les trois évaluations ont mis en évidence des troubles neuropsychologiques de même nature, à savoir des difficultés mnésiques épisodiques antérogrades, des troubles attentionnels avec ralentissement et des difficultés d'accès lexical, mais dont l'intensité a fluctué au cours du temps (le ralentissement et les troubles attentionnels se sont progressivement aggravés, alors que les troubles mnésiques se sont aggravés entre 2004 et 2009, pour s'améliorer ensuite). Il n'y a eu, à aucun moment, des troubles évocateurs d'un dysfonctionnement cérébral focal. Il convient de souligner que les troubles neuropsychologiques observés peuvent être expliqués par la fatigue, les douleurs et l'état émotionnel, ils sont peu spécifiques et peuvent se rencontrer notamment dans un contexte post-traumatique, un état dépressif, une anxiété importante, un état de stress chronique, une maladie neurologique dégénérative débutante ou lors de troubles fonctionnels. Il est absolument certain que ces troubles n'étaient pas relevés par les Dr V.\_\_\_\_\_ et Pr Q.\_\_\_\_\_, dont les compétences ne sont pas à démontrer, dans le cadre de*

leurs évaluations en 1999 et 2000. Ces troubles sont donc survenus dans un second temps près de 2 ans après l'accident.

- *Nous sommes frappés par le fait que Monsieur M. \_\_\_\_\_ soit capable de faire des évaluations neuropsychologiques de longue durée, exigeantes sur le plan cognitif, sans se montrer fatigué, alors qu'il allègue des difficultés attentionnelles et une fatigue intellectuelle. Nous sommes également surpris par les disparités qui existent entre la vie quotidienne de l'assuré, où il conduit sa voiture, et les résultats aux tests informatisés qui montrent des temps de réaction très ralentis (on observe habituellement un ralentissement de cette importance uniquement après des traumatismes crânio-cérébraux sévères), strictement incompatibles avec la conduite automobile. Le ralentissement important à la lecture, processus qui devrait être automatisé à l'âge adulte, à fortiori chez une personne non dyslexique de bon niveau, nous a également surpris. Le fait que certains troubles (attention et ralentissement) s'aggravent et que d'autres (mémoire) fluctuent ne peut pas s'expliquer par des troubles organiques, mais orientent vers un diagnostic de troubles fonctionnels.*

*Forts de ces éléments et par la confirmation de l'assuré lui-même, il convient de souligner que ses troubles se sont installés en deux temps :*

*1. Monsieur M. \_\_\_\_\_ a présenté un syndrome cervical par accélération/décélération secondaire à son accident du 14.12.1997 jusqu'au 09.04.1999, date où la Doctoresse V. \_\_\_\_\_ relève la quasi-inexistence de troubles cervicaux.*

*2. Les troubles neuropsychologiques relevés par Madame D. \_\_\_\_\_, dans le cadre de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ (sic), Madame L. \_\_\_\_\_ et la Professeure S. \_\_\_\_\_ puis par Mme F. \_\_\_\_\_ sont donc survenus dans un deuxième temps. En effet, si l'accident avait causé ces troubles, les déficits neuropsychologiques auraient été maximums (sic) dans les jours suivants l'accident et se seraient améliorés progressivement au cours des deux années suivantes. En l'état, cette dynamique n'est pas rencontrée. Les troubles neuropsychologiques et l'état actuel de Monsieur M. \_\_\_\_\_ ne peuvent être rattachés à cet accident pour les raisons décrites ci-dessus.*

*Forts de ces constatations et réflexions, nous pouvons ainsi affirmer qu'il n'existe ce jour plus de séquelles significatives inhérentes à l'accident du 14.12.1997. Les troubles neuropsychologiques et l'état actuel de Monsieur M. \_\_\_\_\_ ne peuvent être rattachés à cet accident pour les raisons décrites ci-dessus. (...)"*

Entendu en qualité de partie, l'appelant a déclaré que le risque évoqué dans son courrier du 16 juillet 2015 s'était concrétisé puisque l'expertise neuropsychologique était basée sur l'expertise neurologique. Toujours selon lui, les considérations du neurologue G. \_\_\_\_\_ avaient été

reprises par la neuropsychologue F.\_\_\_\_\_, ce qui expliquait la divergence de conclusions entre celles prises par F.\_\_\_\_\_ dans l'expertise neuropsychologique et celles formulées dans le concilium.

Entendue en qualité de témoin à ce sujet, F.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'accident était un élément déclencheur mais que l'on ne pouvait pas affirmer qu'il y avait une causalité organique avec les troubles constatés. L'accident devait être considéré comme un « *life event* », qui avait tout déclenché et que s'il n'y avait pas eu cet accident ou d'autres « *life event* », l'appelant aurait pu travailler normalement. De son avis, l'accident avait provoqué une invalidité au sens de la LAI. Elle a expliqué qu'étant donné qu'il n'y avait pas eu d'évaluation dans les deux ans qui avaient suivi l'accident, comme cela se faisait habituellement, elle s'était fondée sur les constatations de Madame D.\_\_\_\_\_ pour retenir les déficits qu'elle avait relevés, déficits considérés comme liés à la cause organique, faute de pouvoir faire mieux. Sur la base de l'expertise D.\_\_\_\_\_, il y avait une atteinte à l'intégrité. La témoin ne pouvait pas savoir si cette atteinte était également psychologique.

Également entendu sur ces questions, le Dr G.\_\_\_\_\_ a répondu que selon lui cet accident n'avait provoqué aucune invalidité ni aucune atteinte à l'intégrité. La relation entre les troubles de l'appelant et l'accident s'était arrêtée dans la période du mois d'avril 1999. F.\_\_\_\_\_ a ajouté à ce sujet que c'était ainsi dans la plupart des cas, à savoir pendant deux ans après l'accident.

**28.** Par courrier du 2 mai 2016, l'intimée a informé l'appelant que plus aucune prestation n'était due suite à l'accident du 14 décembre 1997.

**29.** Par courrier du 29 juillet 2016, l'appelant a demandé à l'intimée de reconsidérer sa position, tout comme la pertinence des différentes expertises et du rapport de concilium.

**30.** Le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'intimée, a rendu un rapport le 22 septembre 2016, après avoir pris connaissance des expertises et du concilium du Dr G.\_\_\_\_\_, et de F.\_\_\_\_\_. Il a conseillé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**31.** Dans un courrier du 5 décembre 2016, l'intimée a proposé à l'appelant de se soumettre à une ultime expertise psychiatrique auprès du médecin-psychiatre J.\_\_\_\_\_ visant à déterminer l'éventuelle participation d'une atteinte psychogène ou psychiatrique dans les troubles présentés par l'appelant.

Dans son rapport du 31 mars 2017, le Dr J.\_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit :

*"Votre assuré est orienté dans le temps et dans l'espace. Il est parfaitement vigile. Il ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques au simple examen clinique en dehors de petits signes en ce sens lors du premier entretien. Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnosique.*

*(...)*

*Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir le diagnostic de :*

- Trouble dysthymique (dysthymie)*

*(...)*

*Le trouble dysthymique est défini comme une dépression chronique de peu de sévérité.*

*(...)*

*Il n'y a par contre aucun argument pour valider des aggravations atteignant le seuil d'un épisode dépressif typique.*

*Le traitement actuel n'a d'ailleurs rien de lourd. L'intéressé consulte son médecin psychiatre une fois par mois dans une optique de soutien. Il n'a jamais été et n'est pas d'avantage (sic) l'objet aujourd'hui d'un traitement médicamenteux antidépresseur. La prise en soin correspond à ce que peut justifier un trouble dysthymique de peu de sévérité chez un sujet confronté à des problèmes existentiels chroniques.*

*Autres pathologies psychiatriques*

*L'expert a recherché un trouble affectif franc (épisode dépressif, trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire de type I ou de type II) autre que le trouble dysthymique. Il n'en a pas trouvé.*

*Le soussigné a recherché un trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions ou compulsions). Il n'en a pas davantage trouvé.*

*(...)*

*L'expert a recherché un trouble état de stress post-traumatique. Il n'en a pas trouvé. Il n'y a ni les intrusions, ni les conduites d'évitement ni l'activation neuro-végétative. Un tel trouble n'a d'ailleurs jamais été formellement retenu dans le dossier de l'intéressé.*

*Des collègues ont noté des entités cliniques qui leur sont personnelles. Le confrère G.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a mentionné un « état de stress chronique secondaire » qui n'est pas une entité admise dans les ouvrages diagnostiques psychiatriques de référence. Il précise toutefois, en page 43 de son rapport du 30-09-2015, que « n'étant pas psychiatre », il arrêtera là ses constatations.*

*Le confrère W.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, note un « syndrome post-traumatique » qui n'est pas une entité répertoriée comme telle dans les ouvrages diagnostiques psychiatriques de référence. La CIM-10 admet toutefois que cette terminologie puisse être incluse dans ce que désigne le syndrome post-commotionnel.*

*Pour le soussigné, on est cependant au-delà de ce syndrome puisque M. M.\_\_\_\_\_ relève des troubles neuropsychologiques que les spécialistes reconnaissent comme tels avec une belle unanimité.*

*L'expert considère qu'il n'y a pas d'avantage (sic) de motifs de retenir un trouble somatoforme, quel qu'il soit. L'intéressé se plaint de douleurs et de limitations neuropsychologiques. Ces deux symptômes devraient avoir leur fondement organique, si l'on se réfère à ce qu'on peut lire au dossier à ce sujet. Les douleurs ont leur corollaire d'infiltrations facettaires. Les troubles neuropsychologiques sont reconnus comme tels par les spécialistes en la matière.*

*(...)*

*Le fait que l'hémisyndrome droit n'ait pas d'explication organique n'en fait pas sans autre un trouble psychiatrique. Il en faudrait des éléments diagnostiques positifs qu'on ne retrouve pas ici.*

*Il est par contre vrai que M. M.\_\_\_\_\_ est en colère. Il est quant à lui persuadé qu'il n'a pas été justement traité par certains assureurs. Dans ce contexte, il peut tendre à accentuer des plaintes douloureuses ou des symptômes neurologiques mineurs sans que pour le soussigné, on soit*

*dans le champ de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques voire de la simulation.*

*L'organicité est tout de même validée par une atteinte neurologique/neuropsychologique qui a justifié l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité chiffrée à 40% dans le rapport médical du 29.08.2006.*

*(...)*

*Il n'y a pas d'argument pour un trouble psychotique.*

*(...)*

*Il n'y a aucun argument pour un trouble état de stress post-traumatique. Il n'y en a jamais eu.*

*(...)*

*On doit par contre admettre que ce sujet relève de traits de personnalité narcissique accentués, sans que ceux-ci soient du domaine de la pathologie. M M. \_\_\_\_\_ ne présente pas un trouble de personnalité.*

*Ces traits de personnalité narcissique accentués sont vraisemblablement la cause prépondérante de l'évolution vers le tableau dépressif chronique de peu de sévérité que décrit la dysthymie. Si l'accident et ses suites ont pu être l'élément déclencheur du trouble, ils ne sauraient en fonder la persistance à ce jour.*

*Le trouble dysthymique (dysthymie) est par ailleurs une pathologie de peu de sévérité. Comme la plupart des troubles psychogènes, il est potentiellement réversible. Il n'y a pas d'évidence qu'il doive durer sur toute la vie.*

*(...)*

*Le trouble dysthymique est un trouble affectif de peu de sévérité qui est d'évolution chronique. Il affecte la qualité de vie des sujets qui en souffrent. Dans la règle, il ne peut pas être corrélé à des limitations et à une incapacité de travail psychiatriques en soi.*

*(...)*

*L'expert ne propose pas davantage de mesures professionnelles sachant qu'il ne retient pas d'incapacité de travail liée à cette dysthymie.*

*Le pronostic psychiatrique (psychogène) devrait être bon.*

*(...)*

*En termes de troubles psychiques psychogènes, M. M. \_\_\_\_\_ ne souffre pas d'une atteinte à l'intégrité importante et durable de son intégrité psychique.*

*2. L'assuré est-il devenu invalide des suites de l'accident dont il a été victime le 14.12.97 ?*

*Non, si l'on ne considère que les troubles psychiques psychogènes qui sont l'objet de l'évaluation de l'expert soussigné.*

*(...)*

*Il est possible que la dysthymie ne se soit installée que dans un deuxième temps. Elle a pour la première fois été diagnostiquée par le Dr E. \_\_\_\_\_ en février 2009.*

*(...)*

*Si l'accident et ses suites ont pu être l'élément déclencheur du trouble, ils ne sauraient en fonder la persistance à ce jour. La causalité naturelle ne peut plus être admise."*

Entendu en qualité de témoin, le Dr J. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'appelant souffrait d'un simple trouble dysthymique qui aurait pu être en relation de causalité naturelle avec l'accident survenu le 14 décembre 1997 pour une durée de quelques mois, voire deux ans au maximum.

**32.** Par courrier du 20 septembre 2017, le Dr W. \_\_\_\_\_, invité par l'intimée à faire des remarques sur le rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_, a mis en évidence quelques éléments et indiqué que l'expertise synthétisait de manière précise et claire ce cas complexe.

Le Dr W. \_\_\_\_\_ a ajouté que son patient était affecté par un trouble dysthymique de peu de sévérité, qu'il n'était affecté par aucune autre pathologie psychiatrique et qu'il n'y avait pas de motif de retenir un trouble somatoforme. Il a précisé que le fait que l'hémisyndrome ne trouvait pas d'origine organique n'en faisait pas un trouble psychiatrique. Il a retenu une origine cérébro-organique des douleurs et limitations neuropsychologiques. Il a considéré en une phrase que « l'événement traumatique est l'accident de décembre 1997 ».

**33.** Par courrier du 17 octobre 2017, l'intimée a déclaré que les troubles actuels de l'appelant n'étaient pas liés à l'accident survenu le 14 décembre 1997.

Par courrier du 13 novembre 2017, l'appelant a contesté la position de l'intimée.

**34.** Selon la table de la SUVA, intitulée « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, Table 8, Atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques de lésions cérébrales », la première graduation à partir de laquelle le retour à l'activité de référence est compromis correspond à une atteinte moyenne à l'intégrité de 50%, étant précisé qu'une atteinte moyenne à grave correspond à un degré d'atteinte à l'intégrité de 70%. Ce document précise, à son chiffre 2, ce qui suit :

*"(...)lors de l'évaluation de la gravité selon le chiffre 4 de la table, seuls sont pris en compte les troubles dont l'origine est une lésion cérébrale organique vérifiée qui elle-même est à la source de troubles durables. La table n'est pas utilisable si les troubles ne sont pas en rapport de liaison certaine avec une lésion cérébrale organique (p. ex. troubles psychogènes ou algiques, troubles induits par des effets secondaires indésirables de médicaments, ou troubles résultant de situations de stress issues du milieu social ou d'une situation de conflit avec l'assurance).*

*Les causes possibles de constatations neuropsychologiques et en particulier leur lien causal avec un accident doivent être évaluées de façon différenciée.*

*Le lien causal avec l'accident ne peut être affirmé uniquement sur la base du bilan neuropsychologique : il doit au contraire être démontré en intégrant les données médicales globales (anamnèse, symptômes et constatations cliniques décrits initialement, évolution, évaluation psychiatrique éventuelle)."*

**35.** L'intimée a régulièrement déclaré renoncer à se prévaloir de la prescription chaque année depuis le 7 mars 2006 jusqu'au 30 avril 2020.

**36. a)** L'appelant a ouvert action par le dépôt, le 19 septembre 2019, d'une requête de conciliation. La conciliation n'ayant pas abouti, le Juge délégué de la Chambre patrimoniale a délivré à l'appelant, le 11 décembre 2019, une autorisation de procéder.

**b)** Par demande du 11 février 2020, l'appelant a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser immédiat paiement de 915'000 fr., avec intérêt à 5% l'an dès le 14 décembre 1997.

**c)** Par réponse du 28 mai 2020, l'intimée s'en est remise à justice s'agissant de la recevabilité de la demande et a conclu, sur le fond, au rejet de la demande, avec suite de frais et dépens.

**d)** L'appelant et trois témoins, à savoir la neuropsychologue F.\_\_\_\_\_, le psychiatre Dr J.\_\_\_\_\_ et le neurologue Dr G.\_\_\_\_\_ ont été entendus lors des audiences des 16 et 18 novembre 2021.

**e)** Par courriers des 8 et 22 juillet 2022, les parties sont convenues de renoncer à la tenue d'une audience de plaidoiries finales au profit du dépôt de plaidoiries écrites. Celles-ci ont été déposées le 22 novembre 2022. Les parties ont ensuite déposé des plaidoiries écrites responsives le 23 janvier 2023.

Une séance de délibérations a eu lieu le 21 février 2023.

**En droit :**

**1.**

**1.1** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC) au sens de l'art. 236 CPC, dans les affaires patrimoniales dont la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions de première instance, est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [Loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

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

**2.** L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut

revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (ATF 138 III 378 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_168/2022 du 10 juin 2022 consid. 5.2 et 6 ; Jeandin, *in* Bohnet et al. [éd.], Commentaire romand, Code de procédure civile, 2<sup>e</sup> éd. 2019 [ci-après : CR-CPC], nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC) et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2). Le libre pouvoir d'examen ne signifie pas que le juge d'appel soit tenu, comme une autorité de première instance, d'examiner toutes les questions de fait ou de droit qui peuvent se poser, lorsque les parties ne les font plus valoir devant lui. Sous réserve de vices manifestes, il peut se limiter aux arguments développés contre le jugement de première instance dans la motivation écrite (ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 ; ATF 144 III 394 consid. 4.1.4, JdT 2019 II 147 ; ATF 142 III 413 consid. 2.2.4, JdT 2017 II 153 TF 4A\_502/2021 du 17 juin 2022 consid. 4.1).

**3.** Les questions de prescription (art. 46 LCA) et de couverture de la police d'assurance (surindemnisation) eu égard à la période de chômage de l'assuré (couvert par la CNA) ne sont plus litigieuses en appel.

L'appelant dénonce, sous l'angle de l'arbitraire et d'un établissement erroné ou lacunaire des faits, une synthèse fautive des différents rapports médicaux. Il fait valoir que la Chambre patrimoniale n'a fait qu'un bref résumé succinct des rapports médicaux au dossier et n'a retenu comme établi que l'avis isolé du Dr G. \_\_\_\_\_, lequel aurait fini par faire changer d'avis la psychologue F. \_\_\_\_\_ en concilium. L'appelant soutient qu'au contraire tous les médecins « dans une belle unanimité » attribueraient « entièrement » les troubles actuels incapacitants de l'assuré à l'accident du 14 décembre 1997.

Les éléments factuels dont on dispose sont suffisants pour statuer sur l'appel et les compléments requis - dont une partie relève d'ailleurs de l'appréciation plutôt que de l'établissement des faits - n'ont aucune incidence sur le sort de l'appel, ainsi qu'on l'expliquera ci-dessous (cf. consid. 7). Ce faisant, on peut analyser les arguments juridiques de l'appelant avant ses griefs relatifs à l'établissement des faits.

**3.1** Dans un contrat d'assurance soumis à la LCA, les parties sont libres dans la détermination du contenu de leur contrat (art. 19 al. 1 CO en relation avec l'art. 100 LCA), sauf dispositions impératives de la loi (art. 97 s. LCA ; TF 4A\_352/2014 du 9 février 2015 consid. 4.1.1), qui n'est pas donnée en l'espèce. Les parties peuvent intégrer des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions particulières à leur contrat (TF 4A\_352/2014 *loc. cit.*).

**3.2** En l'espèce, l'indemnisation demandée doit être examinée à l'aune des conditions générales de la police de l'assurance conclue. Aux termes de l'art. L 4.1 de ses conditions générales si un accident provoque, dans un délai de 10 ans à compter du jour de l'accident, une invalidité présumée définitive, l'assurance verse le capital d'invalidité. La prestation de l'assurance de l'intimée est soumise à 4 conditions cumulatives : la survenance d'un accident, l'invalidité (permanente), le rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'invalidité, et le délai de 10 ans entre la date de l'accident et l'invalidité.

Les deux premières conditions ont été admises, à savoir la survenance d'un accident et l'invalidité permanente.

En fonction des diagnostics retenus, on peut douter de l'invalidité permanente, mais cet aspect - qui n'est pas remis en cause en appel - peut être examiné sous l'angle des diagnostics durablement incapacitants en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident (ci-dessous, consid. 5 et 6).

On relève à ce sujet aussi que l'incapacité de travail est certes - *de facto* - totale mais il convient de se référer à l'appréciation médicale. Or le Dr C. \_\_\_\_\_ - neurologue, auteur d'une expertise conjointe avec la Dre D. \_\_\_\_\_, neuropsychologue - a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité indépendante était totale, avec perte de rendement de 20%, l'atteinte à la santé ayant une incidence sur la quantité et non la qualité du travail. Les Drs G. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ont exclu l'activité habituelle mais pas une activité adaptée et parlent de reconditionnement (cf. rapport du 30 septembre 2015). On peut donc même douter d'une incapacité de travail, mais ce point peut aussi être laissé ouvert au vu des considérations qui suivent sur le lien de causalité naturelle et adéquate.

Il s'agit donc d'examiner la question de la causalité naturelle et adéquate entre l'accident de 1997 et les troubles à la santé incapacitants dont souffre l'assuré.

#### **4.**

##### **4.1**

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

consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les réf. citées).

L'art. 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) prévoit, pour toutes les prétentions relevant du droit fédéral, que chaque partie doit, en l'absence d'une présomption légale, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Ainsi, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit - soit à l'assuré dans le cas présent - d'alléguer et de prouver notamment la réalisation du risque assuré et l'étendue de la prétention (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3), laquelle ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. Au stade de la contre-preuve, l'assureur peut donc faire échec à cette preuve en éveillant des doutes sérieux à l'encontre de l'allégation (ATF 130 III 321 consid. 3.5). Le juge doit procéder à une appréciation de l'ensemble des éléments qui lui ont été apportés pour dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

**4.1.2** En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut pas trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que celui-ci traite les points litigieux de façon exhaustive, se fonde sur des examens complets, prenne en compte les plaintes exprimées, soit établi en pleine connaissance de l'anamnèse, présente et apprécie clairement la situation médicale et livre des conclusions dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c ; ATF 125 V 351

consid. 3a ; TF 4A\_505/2012 du 6 décembre 2012 consid. 3.6). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à faire douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4).

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

Il convient dès lors de distinguer deux notions du registre de l'assurance-accident : la causalité naturelle et la causalité adéquate.

## 5.1

**5.1.1** Selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), à laquelle se réfère la police d'assurance liant les parties, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

**5.1.2** En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 2.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C\_14/2021 du 3 mai 2021 consid. 4.2.1 et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En d'autres termes, ce n'est pas parce que l'accident pourrait effectivement avoir provoqué un trouble postérieurement à l'accident que le trouble est en lien de causalité adéquat avec l'accident. La question de la causalité adéquate est donc celle de savoir s'il est dans l'ordre ordinaire des événements, s'il est usuel que les personnes victimes d'un accident de

la route de type coup du lapin développent par la suite des troubles neuropsychogènes et dépressifs.

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2).

S'agissant en particulier de la causalité adéquate, la jurisprudence développée en matière d'assurance-accidents prévoit, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, d'abord de classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_816/2021 précité consid. 3.3 et les références).

Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause.

Dans le premier cas (troubles au premier plan), cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments

physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions.

Dans le second cas (troubles distincts et indépendants), il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas de troubles psychiques constituant une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique, le moment auquel peut intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « coup du lapin » correspond à celui auquel l'assureur est en droit de clore le cas. Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, l'examen de la causalité adéquate doit être fait lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la personne assurée et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références). Par « une sensible amélioration de l'état de santé », il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de

temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**5.2** En l'occurrence, la critique portant sur l'établissement des faits, partant la synthèse des rapports médicaux, permet d'établir la causalité naturelle (et donc également adéquate s'agissant des troubles purement somatiques), laquelle a existé jusqu'en 1999 (ci-dessous consid. 5.2.1/III dernier paragraphe).

Si la causalité naturelle doit être admise, il conviendra d'examiner encore la causalité adéquate pour tout ce qui concerne les troubles psychiques et psychosomatiques, question de droit qui doit être résolue à l'aide des critères décrits ci-dessus.

## **I. Causalité naturelle partielle voire inexistante selon les rapports médicaux**

Selon l'avis des médecins que l'on trouve au dossier, le lien de causalité se présente comme il suit (en résumé) par atteintes évoquées :

- Le syndrome du tunnel carpien : l'origine traumatique de cette atteinte a été exclue par divers médecins, en particulier par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 juillet 2004, établi dans le cadre de l'expertise requise par la Nationale Suisse Assurances, assureur occupants du véhicule conduit par l'appelant. Le Dr B. \_\_\_\_\_ exclut même ce diagnostic dans son rapport du 13 novembre 2016 ;

- Arthrose cervicale: Le Dr R.\_\_\_\_\_ estime que l'accident a « accéléré » une cervicarthrose déjà présente (rapport du 26 mars 2003), alors que le Dr C.\_\_\_\_\_ dit à plusieurs reprises qu'il y a des éléments imputables à l'accident dans la symptomatologie actuelle, mais aussi plusieurs éléments étrangers voire antérieurs. Pour l'arthrose, il a dit clairement qu'elle était déjà antérieure à l'accident selon les radiographies et l'IRM. Il a exclu une atteinte des blocs facettaires (cf. ses rapports des 9 juillet 2004 et 29 août 2006). Le Prof. [...] a aussi, en mai 2000, exclu une instabilité cervicale ;
- Vertiges : le Dr C.\_\_\_\_\_ est rejoint à ce sujet par l'ORL [...] qui parle de vertiges dès 1995 (rapport du 23 novembre 2006), en sorte que le phénomène n'a pas une forme post-traumatique, celui-ci étant antérieur ;
- Troubles de la concentration, de l'attention, ralentissement de la pensée (troubles neuropsychiatriques) : l'expert G.\_\_\_\_\_ estime qu'il n'y en a pas du point de vue neurologique mais que quoi qu'il en soit, en l'absence d'un traumatisme crânio-cervical (TCC), ils ne peuvent être mis en lien de causalité avec l'accident (rapport du 30 septembre 2015). La neuropsychologue F.\_\_\_\_\_, au contraire, les retient mais dans le registre neuropsychologique, dans le cadre d'une aggravation secondaire (rapport du 2 novembre 2015).

De manière générale sur les douleurs somatiques post-traumatiques : les Drs [...] et [...], qui se sont prononcés dans les premières années sont encore plus catégoriques et disent qu'ils n'ont aucun élément démontrant une origine post-traumatique (rapports de mars 2000). L'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, neurologue, confirme cette analyse en dissociant deux phases : les douleurs allant de l'accident à 1999 et celles ultérieures qui se sont réveillées progressivement.

De cette synthèse, il s'avère que de manière générale et congruente, les médecins estiment que l'accident a fini de déployer ses effets incapacitants au maximum deux ans après ledit accident, plus probablement en avril 1999 lorsque l'examen effectué par les médecins du CHUV n'a permis de retenir aucune atteinte objectivable et la « quasi-

inexistence de troubles cervicaux ». Certes, des symptômes et douleurs persistaient voire se développaient depuis l'accident de décembre 1997, mais ils n'étaient pas (totalement) imputables à cet accident assuré et n'étaient pas tous invalidants. Les premiers médecins (les Drs [...], selon le rapport du 10 juillet 1998) ont même exclu un STCC (syndrome de traumatisme d'accélération crânio-cérébrale), lésion supposée, qui serait à l'origine des douleurs actuelles.

Dans ces circonstances, imputer la symptomatologie somatique persistante - non démontrée par une cause organique, partant psychosomatique - ayant conduit à l'invalidité, de manière prépondérante à l'accident de 1997 serait au mieux probable à 50% au vu du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 juillet 2004.

## **II. Avis dissidents**

Certes, on ne peut ignorer la synthèse du Dr R. \_\_\_\_\_ et consorts du 24 mai 2006, près de 10 ans après l'accident, qui impute l'ensemble de la symptomatologie résiduelle à l'accident. Mais ce document dressé dans un but indéfini, sans discussion du cas et des opinions divergentes, non fondé sur des examens, par les médecins traitants de l'intéressé, ainsi de par leur position de confiance plus enclins à prendre parti pour ce dernier, ne suffit pas à remettre en cause l'ensemble des investigations médicales échelonnées sur 10 ans, notamment des rapports d'expertises complets rédigés spécifiquement pour le dossier accident et fondés sur des investigations médicales. Selon la jurisprudence, il ne s'agit pas d'un document contenant des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9). En particulier, ce médecin (le Dr R. \_\_\_\_\_) déclare péremptoirement que l'entier de la symptomatologie est post-traumatique, sans même justifier son allégation par une discussion.

Il en va de même de la lettre du Dr W. \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2017, vingt ans après l'événement, en tant qu'il écrit en une seule phrase « l'événement traumatique en cause est l'accident de la

circulation en Espagne », ce qui semble relever d'une tautologie. On ne comprend pas bien cette phrase. En particulier, on ignore si le Dr W.\_\_\_\_\_ l'a mise en relation avec l'origine cérébro-organique. Autant qu'il faut comprendre de cette phrase que l'état actuel invalidant serait totalement consécutif à l'accident de 1997, elle n'est nullement étayée. Elle englobe l'entier d'une symptomatologie somatique et psychique évolutive non définie et est formulée sans nuance par un médecin spécialiste en psychiatrie.

Une telle assertion n'est pas de nature à remettre en cause les multiples expertises réalisées, fouillées et argumentées présentées par des médecins spécialistes du domaine.

### **III. L'établissement de la causalité naturelle**

On retient à l'aune du dossier médical que les douleurs ont poussé l'appelant à consulter seulement en mars 1998 au CHUV, dites douleurs s'étant estompées dans les 24 mois pour être « remplacées » progressivement par la symptomatologie actuelle. Il y a donc bien eu deux phases symptomatiques : l'une d'origine post-traumatique en lien de causalité naturelle avec cet accident courant de l'accident à 1999, l'autre présentant les symptômes progressifs ultérieurs sans lien de causalité naturelle (au moins probable) avec l'accident mais d'origine multifactorielle, du registre neuropsychologique.

A l'aune de la jurisprudence selon laquelle pour établir la causalité naturelle en matière d'accident de type « whiplash », les douleurs au cou ou cervicales doivent être attestées dans les 48h à 72h suivant l'accident (cf. TF 8C\_14/2021 du 3 mai 2021 consid. 4.2.1 ; 8C\_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 6.1.1, *in* SVR 2012 UV n° 27 p. 96), on relève que l'appelant a certes allégué en procédure de telles douleurs immédiates, mais n'a pas été hospitalisé en Espagne à la suite de son accident, qu'il n'a pas perdu connaissance, et que tant le rapport de police que le médecin SMR de l'OAI ont évoqué un « whiplash » banal ou léger, faisceau d'indices en faveur d'un choc léger à modéré n'ayant pas

entraîné de douleurs cervicales immédiates, à tout le moins l'appelant n'en rapporte pas la preuve en procédure selon l'art. 8 CC (atténué à la vraisemblance prépondérante) ni ne s'en est plaint à l'époque auprès d'un médecin qui aurait dressé un rapport en ce sens. En l'état, la documentation médicale en l'espèce permet de retenir que la symptomatologie typique d'un coup du lapin a cessé au maximum deux ans après le traumatisme. La causalité naturelle s'est ainsi interrompue en 1999 et le lien de causalité naturelle ne peut pas être reconnu entre l'incapacité résiduelle permanente et l'accident de décembre 1997.

De manière unanime les médecins somatiques de plusieurs disciplines ont exclu une atteinte organique après le mois d'avril 1999 (qu'elle soit pathologique ou traumatique par ailleurs), de sorte que les symptômes résiduels sont à imputer, le cas échéant, à un facteur psychologique. Il faut donc rechercher si une atteinte à la santé du registre psychique ou psychosomatique est imputable (causalité naturelle) à l'accident. Or, tant le Dr J.\_\_\_\_\_, expert psychiatre, que le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant, évoquent uniquement une légère dysthymie (de peu de sévérité) et aucun autre trouble du registre psychiatrique, singulièrement aucun trouble somatoforme ni hémisyndrome d'origine psychiatrique.

**5.3** En définitive, les troubles à la santé dont souffre actuellement l'appelant et qui sont à l'origine de son invalidité ne sont pas imputables au sens de la causalité naturelle à l'accident de 1997.

**6.** En l'absence de causalité naturelle entre les troubles à l'origine de l'incapacité de travail résiduelle et l'accident de décembre 1997 au cours duquel l'assuré a subi un « whiplash », il n'y a pas lieu d'examiner la causalité adéquate.

Cependant, par surabondance, on peut ajouter que la causalité adéquate devrait de toute manière être niée : l'accident doit être traité comme de gravité légère, puisqu'il n'a pas entraîné d'hospitalisation ou de soins immédiats. Même s'il fallait retenir un accident de gravité moyenne,

l'accident ne réunit pas les conditions nécessaires minimales pour admettre la causalité adéquate entre les troubles (neuropsychiatriques) et ledit accident. Ainsi ne sont pas remplies : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques ; la durée anormalement longue du traitement médical ; une erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Seules éventuellement les douleurs physiques persistantes pourraient être admises bien qu'elles n'entravent pas véritablement le quotidien de l'intéressé. En définitive, même à admettre une causalité naturelle, la causalité adéquate devrait en tous les cas être niée.

**7.** Outre la question de la causalité naturelle et adéquate, dont on a vu qu'elle devrait être niée, il faudrait encore que des éventuelles séquelles de l'accident aient pour conséquence une incapacité de travail pour ouvrir le droit aux prestations assurées. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a jugé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité indépendante était de 100% avec une baisse de rendement de 20%. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait aucune limitation dans l'activité habituelle du point de vue neurologique. Il a préconisé un reconditionnement important nécessitant une reprise progressive, des encouragements et un encadrement. La neuropsychologue Prof. S. \_\_\_\_\_ soutient que du point de vue neuropsychologique, l'activité habituelle de directeur administratif n'est plus possible, mais estime qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est possible sans fatigabilité excessive, avec un rendement de 50%. Le Dr W. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, estime lui-aussi que la capacité de travail dans l'activité habituelle ou comparable n'est pas possible mais n'exclut pas une activité adaptée. Il n'y a donc pas, d'un point de vue de la preuve stricte, d'invalidité permanente puisque l'expert G. \_\_\_\_\_ estime que l'assuré pourrait bénéficier d'un reconditionnement et en conséquence la reprise d'une activité à titre complet, à terme.

#### **IV. Griefs sur l'état de fait**

**8.** L'appelant soutient que l'établissement des faits est lacunaire et requiert son complément. Toutefois, ainsi qu'il sera exposé, les faits dont le complément est requis figurent déjà dans le jugement attaqué. Sur d'autres points, l'appelant ne s'en prend en réalité pas à la constatation des faits mais à leur appréciation, si bien que le grief invoqué n'est pas là non plus fondé. Enfin, si des faits ont été omis ou non retenus dans le jugement déféré, c'est en raison de l'absence de pertinence sur le sort de la cause.

Il convient d'examiner chaque complément requis.

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

**8.2** L'appelant allègue divers passages du rapport médical que le médecin précité a établi le 4 janvier 2008, mentionnant que le patient présentait à ce moment-là des tendances dysthymiques de plus en plus marquées (all. 29, P. 24), qu'il souffrait d'une symptomatologie polymorphe post-traumatique lourde sur le plan physique, cognitif et psychique (all. 80-84 ; P. 24) et que la reprise d'une activité professionnelle était impossible (81, 85 ; P. 24).

D'une part, les passages allégués figurent déjà dans le jugement (cf. ch. 18 p. 15). D'autre part, si dans ce rapport du 4 janvier 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ a émis l'avis selon lequel la reprise d'une activité professionnelle comparable à celle exercée avant l'accident ou l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations actuelles lui semblaient impossible, respectivement difficile, il ressort du rapport ultérieur du 20 septembre 2017 que les tendances dysthymiques que l'appelant voudrait voir reconnues ont été jugées de peu de sévérité par le Dr W.\_\_\_\_\_,

autrement dit qu'elles ne sont pas de nature à entraîner une incapacité de travail.

De toute manière, la question de la (re)prise d'une activité professionnelle comparable ou adaptée - appréciation médicale propre à chaque médecin sur un état de fait similaire - n'est pas pertinente dans le cas d'espèce puisque la symptomatologie du registre psychiatrique n'est pas en lien de causalité avec l'accident.

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

**8.4** L'appelant allègue que le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 4 janvier 2008 retiendrait qu'il a été victime d'un « coup du lapin » et qu'il souffre depuis lors de plusieurs troubles (all. 82, 83 ; P. 24).

Le fait que l'assuré ait subi un « whiplash » lors de son accident en 1997 n'est pas contesté et figure dans le jugement qui retient à ce sujet les passages du rapport du 9 juillet 2004 du Dr C.\_\_\_\_\_, étant précisé que les allégués 82 et 83 ne sont pas corroborés par le rapport invoqué du Dr W.\_\_\_\_\_. Le fait de savoir si le « whiplash » a causé un TCC (traumatisme d'accélération crânio-cervicale) avec des séquelles peut demeurer indécis, car ce qui est décisif est le fait de savoir si les atteintes actuelles sont en lien avec le « whiplash » ; or cela n'est pas démontré.

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

**8.6** L'appelant allègue enfin que depuis l'accident du 14 décembre 1997, il est incapable de travailler dans quelque activité que ce soit (all. 85), que le taux de l'atteinte à l'intégrité physique est de 40% (all. 135), que le degré d'atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques, au vu de l'évaluation de l'AI, est de 70% en application de la Table 8 SUVA et qu'en conséquence, le degré total pondéré d'atteinte à l'intégrité est à tout le moins de 95% en application des CGA (all. 142 et 143). Ces allégués figurent dans le jugement attaqué dans la mesure où ils sont corroborés par les pièces offertes à leur appui (jgt ch. 18, p. 16 ; ch. 16, p. 13 ; ch. 34 ; p. 30). Pour le surplus, ils relèvent de l'appréciation et non de l'établissement des faits, étant rappelé à toutes fins utiles que c'est à l'aune de l'assurance-accidents et de la LCA que les faits doivent être appréciés.

Le grief d'établissement erroné ou lacunaire des faits doit dès lors être rejeté.

**9.** Le grief d'arbitraire dans l'appréciation du lien de causalité naturelle et adéquate ne saurait davantage être admis. S'il est unanimement reconnu que l'intéressé souffre de troubles neuropsychologiques, seuls les Drs W.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ les imputent à l'accident. Or, on l'a vu, ces deux médecins, dont l'un est psychiatre, ne motivent pas leur avis contraire à de nombreux experts qui se sont exprimés à l'issue d'un examen complet. L'analyse des pièces médicales au dossier conduit à retenir que l'accident a cessé de déployer des effets en avril 1999 et que la symptomatologie actuelle - sans nier son existence - n'est plus en lien de causalité naturelle ni adéquate *a fortiori* avec l'accident.

On ne saurait suivre l'appelant en tant qu'il soutient que le Dr J.\_\_\_\_\_ contredit le Dr G.\_\_\_\_\_. Chacun des experts s'est prononcé

dans son propre domaine de compétence, le Dr G.\_\_\_\_\_ ayant toujours pris soin de réserver l'analyse de la neuropsychologue F.\_\_\_\_\_ et a même effectué un concilium avec cette dernière. On ne voit pas de contradiction dans le tableau général dressé au fil des années par les médecins et experts, chacun réservant l'avis de ses collègues spécialistes. L'image globale donnée est celle d'une symptomatologie évolutive, progressive qui s'est développée au fil des investigations d'origine multifactorielle.

En tant que l'appelant reproche aux premiers juges d'avoir retenu une explication qui « privilégie un avis plutôt que l'autre », il sied de rappeler qu'il appartient à l'assuré qui entend obtenir une prestation d'assurance de démontrer les conditions d'ouverture de son droit, ainsi notamment la causalité. En produisant des avis tranchés et non étayés de ses médecins, contredits par les experts, il ne remplit pas cette condition légale, même au stade de la vraisemblance prépondérante. Les documents médicaux produits ne permettent pas de douter du tableau général cohérent dressé en défaveur de l'existence d'une causalité naturelle entre l'accident et les troubles. Le reproche doit être écarté.

Enfin, l'appelant reproche à la Chambre patrimoniale de ne pas avoir examiné la question de l'indemnisation due. En l'occurrence, faute de lien de causalité naturelle et *a fortiori* adéquate entre l'accident assuré et les atteintes invalidantes à la santé, les conditions d'ouverture du droit à une indemnisation ne sont pas satisfaites. Il n'y a ainsi pas lieu de déterminer un éventuel montant. Le grief tombe à faux au vu de ce qui précède.

**10.** En définitive, l'appel doit être rejeté et le jugement confirmé.

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 10'150 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'appelant, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Ce dernier bénéficiant de l'assistance

judiciaire, les frais judiciaires seront provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

Bien que l'intimée obtienne gain de cause, elle n'a pas été invitée à se déterminer sur l'appel, en sorte qu'il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens.

**11.** La liste d'opérations déposée par Me Joël Crettaz, conseil de l'appelant, ne prête pas le flanc à la critique. Comme demandé, l'indemnité requise à hauteur de 2'211 fr. 55, arrondie à 2'212 fr., lui sera allouée, à titre d'honoraires, débours et TVA.

Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité versée à son conseil d'office, supportés provisoirement par l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 CPC).

Il incombe à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (anciennement Service juridique et législatif) de fixer le principe et les modalités de ce remboursement (art. 39a du code du 12 janvier 2010 de droit privé judiciaire vaudois [CDP]; BLV 121.02]).

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

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 10'150 fr. (dix mille cent cinquante francs) sont mis à la charge de l'appelant M. \_\_\_\_\_, mais laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité de Me Joël Crettaz, conseil d'office de l'appelant, est arrêtée à 2'212 fr. (deux mille deux cent douze francs), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité versée à son conseil d'office, supportés provisoirement par l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens de deuxième instance.
- VII.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz, avocat (pour M. \_\_\_\_\_)
- Me Michel D'Alessandri, avocat (pour P. \_\_\_\_\_)

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 :