

COUR CIVILE

Audience de jugement du 8 mars 2013

Présidence de M. HACK, président
Juges : Mme Rouleau et Mme Saillen, juge suppléant
Greffier : Mme Umulisa Musaby

Cause pendante entre :

A.W._____

(Me G.-A. Hofstetter)

et

V._____

(Me J.-M. Duc)

- Du même jour -

Délibérant immédiatement à huis clos, la Cour civile considère :

En cours d'instruction, trois témoins dont les témoins suivants ont été entendus. B.W._____ est l'épouse du demandeur. Compte tenu de ce lien d'alliance, sa déposition ne sera retenue que dans la mesure où elle sera corroborée par d'autres éléments du dossier.

La même réserve s'impose à l'égard du témoin E.D._____. Ce dernier est un vieil ami du demandeur, qui l'accompagnait au moment de l'accident litigieux et a été impliqué lui-même dans l'accident. De surcroît, il a témoigné en mars 2008, soit dix-sept ans après l'accident de 1991.

En fait :

A. Les parties

1. Le demandeur A.W._____ est né le 3 novembre 1957. Marié, il est père de trois enfants, soit [...], née le 18 octobre 1989, [...], née le 26 novembre 1991 et [...], né le 2 avril 1996.

La défenderesse V._____, dont le siège principal se trouve à [...] et le siège régional pour la Suisse romande à [...], est une société anonyme dont le but est l'exploitation d'assurance et de réassurance à l'exclusion de l'assurance directe sur la vie.

B. L'accident et les rapports médicaux

2. a) Le 18 octobre 1991, le demandeur a été victime d'un accident de la circulation sur la route menant du Sépey à Aigle. Alors que lui-même circulait normalement, sa voiture a été heurtée frontalement par

l'automobile conduite par Q._____. Celui-ci circulait à une vitesse supérieure à celle autorisée et inadaptée aux conditions de la route, de sorte qu'il a perdu la maîtrise de son véhicule. Q._____ circulait au volant d'un véhicule dont la détentrice était la Société [...]. Au jour de l'accident, cette société était assurée en responsabilité civile auprès de la défenderesse.

b) Le véhicule conduit par le demandeur a subi un dommage total, selon un courrier du 6 décembre 2006 d' [...] compagnie suisse d'assurances SA. La mention de dommage total figure également au bas des photographies produites sous pièce 102. Ces photographies montrent en particulier une grande déformation au pare-choc et au feu avant gauches.

c) La défenderesse n'a jamais contesté la responsabilité de son assuré Q._____ dans l'accident du 18 octobre 1991.

d) Au moment de l'accident, le demandeur exerçait la profession de peintre dans l'entreprise individuelle de sa femme B.W._____. Il a déclaré qu'il réalisait un revenu annuel brut de 48'000 francs.

3. Le jour de l'accident, la police cantonale a établi un « constat d'accident simple » (ci-après : le rapport de police, pièce 3) qui relate ce qui suit :

« (...)

Dépositions

-participants M. A.W._____ (sic) :

"(...) J'étais attaché. J'étais accompagné de M. E.D._____. (...) Je précise qu'il n'était pas attaché. "

M. Q._____ : "(...) J'étais seul mais pas attaché. "

Blessures M. A.W._____ (sic) : coupures à l'arcade sourcilière et au genou gauches.

M. Q._____ : menton fissuré, plaies aux mains et multiples hématomes.

M. E.D._____ : coupures au cuir chevelu.

(...)

Causes et dénonciations M. Q. _____ a circulé à une vitesse supérieure à celle autorisée et inadaptée aux conditions de la route, perdant ainsi la maîtrise de sa machine. De plus, il ne faisait pas usage de la ceinture de sécurité (...).

M. E.D. _____ (...) ne faisait pas usage de la ceinture de sécurité
(...). »

4. La situation médicale du demandeur est compliquée : il n'a pas été possible de mettre tout de suite en lumière les causes des douleurs et des gênes qu'il ressentait. Plusieurs spécialistes de différentes disciplines sont intervenus, et un grand nombre d'investigations a été entrepris pour identifier les atteintes dont souffrait le demandeur. Entre 1995 et 2004, ce sont plus de vingt rapports médicaux qui ont été établis.

5. Le 23 octobre 1991, le Dr T. _____ a établi un « rapport médical initial LAA » (pièce 103) qui ne fait pas état de constatations médicales au niveau de l'épaule gauche du demandeur. Ce rapport relève ce qui suit :

"Plaie suturée au dessus de l'arcade sourcillière gauche.
Forte tuméfaction du genou gauche avec boiterie importante à la marche. Douleur du sinus maxillaire gauche faisant suspecter un hémato-sinus.

(...)."

Ce médecin a précisé que le traitement avait eu lieu de manière ambulatoire à l'hôpital d'Aigle, que le patient n'avait pas été hospitalisé et que l'incapacité de travail serait probablement d'une semaine à compter du 21 octobre 1991.

Le 13 novembre 1991, le Dr T. _____ a noté que « le patient s'[était] plaint de différents maux qui ne [lui] semblaient pas très objectivables (...) ». Il a ajouté que le patient était persuadé que la Caisse

nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : CNA) était une assurance qui payait sans discuter.

6. Le 15 novembre 1991, le demandeur a été examiné par le Dr M._____, ophtalmologue à Lausanne. Dans son rapport du 3 décembre 1991, ce spécialiste a indiqué ce qui suit :

« Examen oculaire du 15 novembre 1991.

(...)

Actuellement, la position, la motilité, les phories sont physiologiques. [Le patient] ne se plaint plus de diplopie et la palpation de la poulie du tendon de son muscle oblique supérieur de l'œil gauche est indolore et de volume normal.

A noter une sensibilité à la palpation de la glande lacrimale principale gauche qui pourrait être de volume légèrement augmenté. (...)

(...)

Diagnostic. - Myopie droite ; très légère artériosclérose rétinienne ; hypotension artérielle rétinienne, glande lacrimale orbitaire gauche peut-être de volume augmenté sous une très petite cicatrice bien fermée. - Les vertiges, les céphalées, les "brouillards" ne seraient plus, à l'heure actuelle, attribuables à l'accident invoqué, mais plutôt à son hypotension artérielle "carotidienne" bilatérale.

Celle-ci serait d'autant plus sensible que l'aspect morphologique des artères rétiniennes évoque un début discret d'artériosclérose.

Traitement. - Je conseille le port de lunettes pour sa myopie droite. - L'accident survenu, le 18 octobre, sur ce terrain-là a dû entraîner une incapacité de travail d'environ 2 semaines. - Si l'accidenté devait continuer à se plaindre de vertiges, maux de tête ou "brouillards", il serait intéressant de remesurer ses tensions artérielles "rétiniennes" et de les comparer à ses tensions humérales. - Il serait alors temps de limiter son incapacité de travail à 2 semaines ou, éventuellement, d'admettre sa prolongation. »

7. Le 20 novembre 1991, le demandeur a été entendu dans les locaux de la CNA. Selon le rapport (pièce 130), lu et approuvé ce même jour par le demandeur, celui-ci a déclaré ce qui suit :

« (...)

Le 18 octobre dernier j'effectuais un déplacement professionnel sur la route Aigle-Leysin. (...). A un moment donné une personne qui roulait en sens inverse a perdu la maîtrise de son véhicule et il y a eu une collision frontale.

Comme j'étais attaché, je suis parti en avant et ma tête a heurté au niveau du front la barre en métal qui tient le pare-soleil. J'ai également été contusionné au niveau de la base de l'œil gauche, soit pas dans l'œil lui-même, mais juste dans la "chair" en dessous,

soit au-dessus de la pomette. Mon genou gauche a également heurté l'habitacle, mon épaule gauche a eu une importante "marque" bleue, à l'endroit où passait la ceinture.

Je suis resté une dizaine de secondes au maximum sans connaissance et mon passager M. Smajli m'a aidé à sortir. La Gendarmerie est venue et j'ai été transporté en ambulance à Aigle. Je n'ai pas été hospitalisé et j'ai été soigné ambulatoirement.

Je suis sorti de l'hôpital vers 19h00. J'avais 4 ou 5 points de sutures au niveau du front au-dessus de l'œil gauche.

La suite du traitement a été effectuée par le Dr T. _____ qui m'a vu le 22.10.91. Une reprise du travail a été fixée par le Dr T. _____ le 26.10.91. En effet, je devais superviser un chantier important en urgence pendant 3 jours. J'ai donc travaillé le 28, 29, 30 octobre 1991 à 100%. Le soir du 28.10.91, les fils ont été enlevés. J'avais cependant des vertiges et la vision "trouble au niveau de l'œil gauche". De plus, le genou gauche (rotule) restait douloureux lors des mouvements de flexion. J'ai parlé de ce problème au Dr T. _____, qui a cependant maintenu la reprise du travail à 100% le 26.10.91. Il m'a conseillé d'aller voir un ophtalmologue et que les troubles actuels s'estomperaient avec le temps.

J'ai travaillé à 20% environ entre le 31 octobre et le 19 novembre 1991. Ces activités sont uniquement administratives. Je n'ai exercé aucune activité manuelle, vu les problèmes de vue et de maux de tête. (...)

J'ai repris à 100% le 20.11.91.

Je désire être convoqué par le médecin d'arrondissement afin qu'il examine mon front. En effet, je n'ai plus de sensibilité au niveau du front à gauche. Le Dr T. _____ parle d'une éventuelle section d'une terminaison nerveuse.

En revanche, la vue s'est bien améliorée, je n'ai plus cette sensation de voir trouble et le genou est guéri. Il subsiste une pointe douloureuse au niveau de l'épaule gauche, vers la clavicule dans les mouvements extrêmes.

(...) .»

La feuille d'accident LAA indique que le traitement médical a pris fin le 28 octobre 1991, que le demandeur a eu une incapacité de travail jusqu'au 24 novembre 1991 et qu'il a repris le travail à 100% le 25 novembre 1991..

Le 14 janvier 1992, l'entreprise individuelle de l'épouse du demandeur a été radiée du registre du commerce à la suite d'une faillite. Dans le rapport d'audition du 3 mai 1993 de la CNA, le demandeur a

déclaré qu'à cette date, il était en train de la « remettre sur les rails », notamment en prospectant.

8. Les 28 janvier et 3 février 1992, le Dr L._____, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à des évaluations, qui n'indiquent pas de cervicalgies, ni de douleurs occipitales mais des hémicrâniées gauches, son status ne mettant par ailleurs pas en évidence de limitation de la mobilité cervicale ni de contracture paracervicale. Dans son rapport du 3 février 1992, le Dr L._____ a relevé ce qui suit :

« (...)

(...)

(...)[le demandeur] est victime d'un accident par choc frontal. Il s'ensuit une plaie frontale superficielle, centrale et gauche ainsi qu'au niveau malaire gauche, avec brève perte de connaissance. Il est hospitalisé et là sont pratiquées des sutures. Le bilan radiologique n'avait pas montré de fracture. Il y aurait eu un mois d'arrêt de travail.

Depuis l'accident, il se plaint d'une diminution subjective de la sensibilité dans la région frontale gauche, avec, à ce niveau, une douleur pulsatile, exacerbée à l'antéflexion de la tête. Il y a eu également des plaintes de baisses d'acuité visuelle à gauche. Il signale enfin des douleurs à type de tiraillement occupant l'ensemble de l'hémicrâne gauche, décrites comme des céphalées sourdes, continues, parfois insomniantes et occasionnellement exacerbées au Valsalva. Il n'y a jamais eu de diplopie, de dysarthrie, d'instabilité, de chute ou de perte de connaissance. Par contre il se plaint de fatigue et de difficultés de concentration. Il ne prend pas de médication.

(...)

APPRECIATION :

(...)

A l'examen clinique, hormis une discrète hypoesthésie (*sic*) et hypalgésie relative dans la région frontale gauche, je n'ai aucune autre anomalie systématisée.

(...), je n'ai donc actuellement pas d'évidence, du point de vue clinique ou électroencéphalographique, pour une souffrance cérébrale pouvant entrer en ligne de compte avec la symptomatologie présentée par le patient. Toutefois, par acquis de conscience, il me semblerait raisonnable de prévoir, compte tenu de l'intensité du choc, un complément d'investigations par CT scan cérébral, qui permettra, par la même occasion, d'éliminer l'éventualité d'une collection sanguine discrète, qui pourrait nous échapper.

(...) ».

Ce praticien n'a pas mentionné de symptomatologie au niveau de l'épaule gauche.

9. Dans son rapport du 7 juillet 1992, le Dr I._____ a noté avoir vu son patient, le demandeur, pour la dernière fois le 23 mars 1992, date à laquelle ce dernier lui avait signalé que les céphalées avaient bien diminué et qu'il restait encore quelques douleurs en secouant la tête.

10. Dans son rapport du 29 octobre 1992, le Dr L._____ a indiqué un problème à l'épaule gauche en ces termes :

« (...) le patient me signale qu'il y aurait eu probablement une subluxation de la tête humérale au moment de l'accident (...)».

11. Le 7 décembre 1992, le Dr N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical du demandeur. Dans son rapport du même jour, il a noté ce qui suit :

« (...)

ANTECEDENTS D'APRES LES ACTES DU DOSSIER :

Ce patient (...) a été victime, le 18.10.1991, d'un accident de la circulation qui semblait s'être soldé par une plaie frontale gauche.

Dans un rapport d'enquête administrative du 20.11.1991, le patient signale cependant, qu'il a également souffert d'une contusion du genou gauche et de l'épaule gauche attestée par un hématome.

Par la suite, le patient s'est plaint d'une hypoesthésie dans la région frontale gauche associée à des douleurs pulsatiles de cette région, intriquées à des hémicrâniées (*sic*) gauches parfois insomniantes et à une baisse de l'acuité visuelle gauche.

Il a été examiné à deux reprises, le 28.1 et le 3.2.1992, par le Dr L._____ qui a proposé de réaliser un Ct-Scan cérébral.

Cet examen, réalisé le 12.3.1992, était sans particularité selon le Dr J.-M. I._____, médecin traitant du patient.

Enfin, le patient s'est encore adressé au Dr G.-F. P._____, se plaignant de sa cicatrice. Celui-ci, dans un premier temps, lui a prescrit une crème anti-chéloïde.

(...)

Plus récemment, une rechute nous est annoncée le 5.11.1992 et nous disposons d'un rapport médical du Dr I._____ du 31.10.1992

qui fait état d'un status après commotion cérébrale avec contusion et plaie fronto-pariétale gauche tandis qu'une incapacité de travail de 100 %, dès le 19.10.1992 est reconnue au patient.

Nouvelle consultation chez le Dr L. _____ qui suspecte un névrome ou un corps étranger résiduel au niveau de la plaie frontale et qui par ailleurs, adresse le patient au Dr S. _____ en raison d'une suspicion de PSH post-traumatique de l'épaule gauche.

Celui-ci examine M. A.W. _____ le 11.11.1992, mettant en évidence un conflit sous-acromial et une certaine instabilité de l'épaule gauche.

Il suspecte également une souffrance du nerf sus-scapulaire.

Le patient est également revu par le Dr P. _____ le 24.10.1992 qui suspecte également un corps étranger de verre sur le trajet d'une des branches du nerf frontal gauche.

Le Dr P. _____ propose, devant l'insistance du patient, de réviser la plaie.

M. A.W. _____ souhaite, quant à lui, recueillir encore l'avis de la Dresse F. _____.

Le patient est convoqué à l'agence pour se faire une idée des choses.

DECLARATIONS DE L'ASSURE :

(...)

A ma demande, le patient précise qu'il a perdu connaissance, pendant une brève période, après le choc lors de son accident de voiture ».

Il garde cependant des choses un souvenir tout à fait précis.

EXAMEN CLINIQUE

Je n'ai pas examiné la région frontale.

Ceinture scapulaire :

(...)

APPRECIATION :

(...), on se trouve à 14 mois d'un accident de la circulation qui semblait s'être soldé par une simple plaie frontale gauche.

Actuellement, le patient évoque un véritable TCC avec commotion cérébrale et perte de connaissance .

Il admet cependant garder des choses un souvenir tout à fait précis et n'être resté que quelques heures en observation à l'Hôpital de zone d'Aigle.

Par ailleurs, il se plaint de troubles de la sensibilité dans la région frontale gauche, de douleurs pulsatiles de cette région qui s'accroissent lors de la flexion antérieure du crâne et de larmoiements de l'œil gauche.

(...)

Le Dr L. _____ et le Dr P. _____ pensent l'un et l'autre, avec raison, qu'il y a une lésion d'un rameau du nerf sus-orbitaire gauche avec peut-être un névrome ou/et un corps étranger associé.

Je crois aussi, comme eux, qu'il est nécessaire de réviser cette plaie frontale gauche, même si je relève une évidente exagération des plaintes qui ne laissent pas augurer d'une évolution sans histoire après cette intervention.

M. A.W. _____ voudrait se confier à la Dresse Ch. F. _____ et je la remercie de bien vouloir convoquer directement notre assuré.

(...)

Objectivement, il n'y a pas d'amyotrophie significative de l'épaule gauche mais on relève, comme le dit le Dr S. _____, un léger méplat sous-acromial postérieur.(

Toute cette région est réputée sensible à la palpation mais il n'y a pas de signes nets en faveur d'un conflit sous-acromial.

(...)

La mobilité active et passive de l'épaule gauche est complète et symétrique, douloureuse en fin de course.

L'association d'une abduction et d'une rotation externe contrariée réveille les douleurs postérieures.

Une échographie a été réalisée mais j'ignore quelles lésions elle aurait démontrées.

En bref, si l'on reconnaît à ce patient quelques signes d'une PSH de l'épaule gauche dont il faut admettre qu'elle est consécutive à l'accident, puisque le patient décrit un hématome à la face antérieure de l'épaule dans les suites immédiates de cet événement, elle me paraît légère et ne justifie pas, associée à une éventuelle lésion du nerf sus-orbitaire gauche, une incapacité de travail totale chez cet assuré.

A cet égard, je souhaiterais que le Dr S. _____ veuille bien m'informer des conclusions de l'échographie, de ses propositions thérapeutiques et de la capacité de travail qu'il reconnaît à ce patient en rapport avec les troubles de l'épaule gauche. »

12. Dans son rapport du 29 décembre 1992, la Dresse F._____ a mentionné ce qui suit :

« (...). Plaies du visage par débris de verre (...).

(...). Les troubles de la vue ont justifié un examen ophtalmologique qui ne montre rien d'autre qu'une myopie droite et une très légère artériosclérose rétinienne, en d'autres termes rien qui ne soit directement imputable à l'accident. »

(...)

[Le patient] se plaint essentiellement de céphalées lorsqu'il doit travailler au-dessus de l'horizontale. Pour cela, il doit donc lever les yeux et ce geste s'accompagne forcément d'une contraction de la musculature du frontal et cette sollicitation provoque rapidement des douleurs dans le territoire du nerf frontal. »

La Dresse F._____, toujours dans ce rapport, a indiqué que le demandeur n'avait plus consulté de médecin à partir du 23 mars 1992 et que la symptomatologie douloureuse avait toutefois repris le 19 octobre 1992.

13. La feuille accident LAA indique que le demandeur a été en incapacité de travail à 100% du 19 octobre 1992 au 28 janvier 1993, puis à 50% du 29 janvier au 5 mars 1993. Dès le 8 mars 1993, la capacité de travail du demandeur a été de 100 %.

Le 10 mars 1993, la défenderesse a soumis la question suivante à son médecin-conseil :

« (...) ou la ceinture était attachée et les lésions au visage sont inexplicables (cicatrices), ou elle n'était pas attachée et la blessure à l'épaule n'a pas sa raison d'être ».

Le Dr S._____, dans son rapport du 16 mars 1993, a noté que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était entière dès le 15 mars 1993.

Entendu le 3 mai 1993 par la CNA, le demandeur a reconnu qu'il avait pu retravailler à 100% dès le 8 avril 1993.

Dans son courrier du 17 juin 1993, la Dresse F._____ a indiqué que le demandeur se plaignait de toutes sortes de symptômes, vertiges, céphalées, hémicrâniés gauches, nausées, etc. mais que ces différents symptômes parfois gênants ne limitaient plus sa capacité de travail qui était à ce jour normale.

14. Les Drs Y._____ et B._____, dans un rapport radiologique du 31 août 1993, ont exclu l'existence de lésions au niveau de la charnière cervico-occipitale et de la colonne cervicale. Dans un rapport IRM du même jour, ces mêmes praticiens ont déclaré ce qui suit :

« **RESONANCE MAGNETIQUE CEREBRALE**

(...)

(...). Pas de lésion au niveau de la fosse postérieure ainsi que des citernes ponto-cérébelleuses et de la charnière cervico-occipitale.

(...)

CONCLUSIONS :

(...)

Pas de signe d'un processus expansif ou focalisé sous ou sus tentorial. Le système ventriculaire est de dimensions normales avec une asymétrie des ventricules latéraux plus large à droite. Pas de lésion décelable à la résonance magnétique cérébrale.

Pas de lésion sellaire ou para-sellaire et pas de lésion au niveau des orbites.

Opacité des cellules éthmoïdales antérieures à gauche qui pourrait correspondre à des séquelles d'une sinusite. Pas d'autre lésion au niveau des sinus antérieurs et postérieurs.

Pas de lésion au niveau de la fosse postérieure et de la charnière cervico-occipitale. »

15. Dans un rapport du 2 septembre 1993 à l'intention de la CNA, le Dr R._____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué ce qui suit :

« (...)

RAPPEL ANAMNESTIQUE :

(...)

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

(...)

A l'examen de la nuque, on note une nuque de mobilité modérément limitée, notamment dans la rotation vers la droite, avec une mobilisation sensible localement. Les insertions tendineuses cervico-occipitales gauches sont sensibles.

(...)

RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle une cicatrice sus-orbitaire gauche un peu sensible et une hypoesthésie de l'hémifront et de l'hémicrâne gauche épargnant la région maxillaire et mandibulaire mais se poursuivant assez curieusement au niveau de tout l'hémitrunc postérieur ipsi-latéral. Pour le reste, l'examen neurologique s'est révélé entièrement normal.

(...), le bilan complémentaire extensif que j'ai pratiqué confirme la normalité des examens effectués préalablement. (...). J'ai notamment effectué l'IRM cérébrale afin d'écartier tout corps étranger éventuel au niveau orbitaire et rétro-orbitaire gauche pouvant expliquer les douleurs aux mouvements oculaires. A relever que les Rx standards de la colonne cervicale permettent d'écartier des lésions dégénératives expliquant la gêne à l'extension prolongée de la nuque et que le Doppler des vaisseaux précérébraux (y compris lors des manœuvres fonctionnelles) ne montre pas d'insuffisance circulatoire cérébrale notamment dans le territoire vertébro-basilaire pouvant expliquer la symptomatologie vertigineuse.

Au terme du présent bilan, s'il est possible que M. A.W. _____ présente une discrète atteinte d'Une des branches sensitives du V1 gauche, je n'ai pas d'explication neurologique pour les troubles sensitifs de l'hémicrâne et de l'hémitrunc postérieur gauches.

La survenue de céphalées, de vertiges, d'une fatigabilité et d'un manque de récupération est bien entendu typique d'un syndrome post-commotionnel. Néanmoins, la persistance de troubles suffisamment importants pour entraîner une gêne professionnelle presque deux ans après l'accident fait considérer qu'il s'agit d'une évolution inhabituellement prolongée impliquant des facteurs étrangers au traumatisme tels que la personnalité du patient ou éventuellement (je ne saurais me prononcer sur cela) des difficultés économiques motivant une recherche d'un gain supplémentaire.

Sur le plan strictement neurologique, je n'ai pas de proposition de traitement particulier et je ne retiens aucune incapacité de travail significative.

(...). »

Le conseil d'alors du demandeur, dans un courrier qu'il a adressé à la CNA le 1^{er} décembre 1993, a exposé que les céphalées et la

gêne au niveau sus-orbitaire avaient peu à peu disparu et que le demandeur s'estimait rétabli, et sa capacité de travail complète.

16. Dans un rapport du 17 octobre 1995, le Professeur J. _____ a considéré que la capacité de travail du demandeur n'était pas réduite et que l'on pouvait envisager une reprise progressive du travail pour arriver à une capacité de 100 % vers la fin 1995 ou au début 1996.

17. Le 21 novembre 1995, le Dr N. _____ a procédé à une appréciation médicale et a noté ce qui suit :

« (...)

Je rappelle brièvement que ce patient (...) a été victime, le 18.10.1991, d'un accident de la circulation qui s'est soldé par une plaie frontale gauche.

Par la suite, le patient s'est plaint de tout un cortège de symptômes dont certains seulement correspondaient à une pathologie précise et clairement en relation avec l'accident qui nous occupe.

Il s'est agi d'une légère PSH post-traumatique de l'épaule gauche dont la guérison est maintenant acquise tandis qu'une lésion partielle du nerf sus-orbitaire gauche laisse des séquelles que le Dr Chantal F. _____ (...) a décrit dans sa lettre du 2.7.1993 au conseil de l'assuré (...).

D'autres symptômes (céphalées, vertiges, fatigabilité, troubles de la concentration, etc...) peuvent être interprétés comme un syndrome post-commotionnel mais leur relation de causalité avec l'accident est discutable.

En effet, dans la mesure où le patient a gardé de l'accident un souvenir tout à fait précis, le diagnostic de commotion cérébrale doit être mis en doute et, à cet égard, le fait que le patient ne soit resté que quelques heures en observation à l'Hôpital de zone d'Aigle laisse penser que ce diagnostic n'avait pas été retenu.

Quoi qu'il en soit, la gravité d'une commotion cérébrale s'appréciant essentiellement sur la durée de l'amnésie circonstancielle et plus particulièrement sur celle de l'anamnésie précircostancielle, on peut affirmer que si M. A.W. _____ a réellement été victime d'une commotion cérébrale, celle-ci a été légère.

(...)

Dès lors, le point de vue exprimé par le Dr J.-P. R. _____ dans son appréciation du 2.9.93 in fine s'en trouve renforcé.

Une légère commotion cérébrale, si tant est qu'elle ait réellement eu lieu, n'est pas susceptible d'entraîner une gêne durable dans

l'exercice de l'activité professionnelle et des facteurs étrangers au traumatisme doivent être évoqués.

(...)

Le Prof J._____, qui voit le patient le 16.10.95, soit 4 ans après l'accident, retrouve une névralgie après lésion du nerf sus-orbitaire gauche et recueille une anamnèse de céphalées et de cervicalgies gauches apparaissant à l'effort.

Il note l'absence de syndrome vertébral cervical et un examen neurologique dans les limites de la norme. Il relève la prise de Cafergot.

Il estime que cette symptomatologie douloureuse, purement subjective en ce qui concerne les céphalées et les cervicalgies gauches, est séquelle de l'accident, fondant son point de vue sur le fait qu'elle n'était pas présente auparavant.

A mon avis, cet argument est franchement insuffisant pour qu'on puisse rapporter avec vraisemblance les troubles actuels à un traumatisme frontal, survenu il y a 4 ans et qui n'a entraîné, de lésion prouvée, qu'une plaie profonde de cette région.

A cet égard, l'appréciation du Dr J.-P. R.____ du 2.9.93 est nettement plus nuancée et plus plausible.

Enfin, il convient de rappeler qu'une prise régulière d'antalgiques et notamment d'anti-migraineux est susceptible d'entraîner elle-même des céphalées.

(...). »

18. Le Dr [...] a déclaré avoir remarqué la présence d'un névrome cicatriciel sur la plaie frontale gauche.

19. Dans un jugement du 6 novembre 1998, le Tribunal fédéral des assurances a relevé que le demandeur avait admis avoir une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} décembre 1993, alors que la CNA était intervenue jusqu'au 7 avril 1993. Il a retenu que le demandeur n'était pas entravé de manière significative dans sa capacité de travail entre le 8 avril et le 30 novembre 1993 mais que, sur la base des rapports médicaux, il subsistait une lésion nerveuse superficielle sur la plaie frontale gauche. Il a admis que l'existence d'une gêne et de douleurs probables au-delà du 9 septembre 1993 justifiait la prise en charge du traitement approprié pour les douleurs et la gêne telles que décrites dans son arrêt. Il a en revanche

considéré qu'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 1991 et les troubles cervicaux devait être nié.

20. Le demandeur a subi deux interventions chirurgicales dans le but de réséquer le névrome précité. En janvier 1999, il a été opéré par le Dr [...] et au mois de mars 2003, par le Dr [...].

21. Le 7 juin 1999, le Dr Z. _____ a établi un rapport de consilium rhumatologique, qui indique ce qui suit :

« (...). Le patient a dû interrompre toute activité sportive, (...).

(...).

Je retiens (...) un diagnostic **de douleurs cervico-occipitales chroniques survenues dans les suites d'un whip-lash** lors d'un accident de la circulation le 18 octobre 1991 associées à des **céphalées et troubles neurologiques** décrits en détail par la Drsse C. _____..(...)

(...).»

22. Dans son rapport du 11 janvier 2000, le Dr K. _____ a écrit (traduction de l'allemand) :

« (...)

Sur la base du mécanisme de l'accident, des trois complexes de symptômes clairement reconnaissables et de leur évolution chronique ainsi que des constatations faites sur le plan neuro-otologique, on distingue trois localisations neuro-anatomiques, respectivement leur fonction lésée qui, toutes ensemble, expliquent parfaitement la symptomatologie sous un angle neuro-otologique. Il s'agit des suites d'un coup du lapin, d'un léger traumatisme cérébral avec atteinte aux fonctions visuo-oculomotrices et déficits neuropsychologiques et finalement d'un problème d'oreille interne avec perte d'audition pour les tonalités aiguës et acouphène intermittent, qui est la conséquence d'une commotion du labyrinthe.

(...).»

Le Dr K. _____ a également indiqué que des tests effectués ont révélé des valeurs situées dans le domaine pathologique pour le test

d'équilibre de l'analyse sensorielle. Au test de « Limits of stability » (test du temps de réaction et de la vitesse de mouvement), les valeurs du demandeur se situaient également dans le domaine pathologique.

Ce praticien a écrit ce qui suit, dans son rapport complémentaire du 18 juin 2002 (traduction de l'allemand) :

« Un lien de causalité naturelle direct entre les plaintes et l'accident du 18 octobre 1991 a été constaté (...) ».

23. Le Professeur H._____ et la Dresse [...] ont constaté une altération du champ visuel à l'œil gauche.

24. Dans son rapport d'expertise du 1^{er} mars 2000, la Dresse C._____ est parvenue à la conclusion suivante (pièce 6) :

« Le tableau clinique est compatible avec un syndrome post whiplash avec mécanisme d'un traumatisme d'accélération-décélération de type « head-contact ». Dans ce cadre, le patient présente cinq principaux problèmes :

1. Dans le cadre d'une distorsion cervicale et dysfonction des petites articulations cérébrales et cervicales : syndrome cervical et céphalées ainsi que douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire gauche(...).
2. L'association de lésions cérébrales d'intensité moyenne a entraîné une dysfonction visuo-oculomotrice (...) et troubles neuropsychologiques (...).
3. Une contusion labyrinthique avec atteinte de l'oreille interne droite associée à des acouphènes à l'origine d'un syndrome vestibulaire important aux changements de position associé à des symptômes neurovégétatifs (...).
4. Troubles de la vision secondaire à une possible neuropathie contusive du nerf optique gauche associée à un éventuel trouble de la perfusion choroïdienne et des sensations de la pulsativité de l'œil gauche sur une éventuelle fistule carotido-caverneuse (...).
5. Myokimie et hypoesthésie de l'hémiface gauche, éventuellement secondaire à une atteinte du nerf facial et du trijumeau secondaire à une atteinte du tronc cérébral ou des troncs nerveux mêmes.

Ces lésions sont avec **grande probabilité** causées par l'accident de la circulation du 18 octobre 1991 ».

25. Sur mandat de la CNA, une expertise médicale a été confiée au Service de neurologie du CHUV. Dans leur rapport du 5 septembre 2001, le

Professeur O._____ et le Dr A._____, médecin associé, qui a principalement agi dans le cadre de cette expertise, ont indiqué ce qui suit :

« **ACCIDENT**

(...)

Il y a eu une amnésie circonstancielle pendant quelques secondes (le diagnostic) différentiel entre amnésie circonstancielle et brève perte de connaissance ne peut être établi au vu des rapports) mais par la suite les souvenirs sont tout à fait clairs. [Le demandeur] a encore présenté quelques secondes d'amnésie lors du transport à l'hôpital d'Aigle. (...).

Les diagnostics retenus sont :

- Plaie du visage (frontale superficielle frontale gauche et malaire gauche) suturée à Aigle.
- Contusion du genou gauche.

Dans les jours et les semaines qui suivent, on signale :

- une diplopie verticale pendant 3 jours qui n'a plus été retrouvée dans les examens ultérieurs (cf. rapport Dr M._____ 3.12.91). Le patient relate également une vision "trouble au niveau de l'œil gauche" le 28.10.91, mais qui avait disparu après 1 mois (cf. rapport à la CNA du 20.11.91. Le rapport ophtalmologique du 3.12.91 concernant la consultation du 15.11 révèle une myopie droite, une hypotension rétinienne, donc un problème non traumatique. Cependant, il n'y a pas dans ce rapport de mention d'une éventuelle atteinte du champ visuel de l'œil gauche. Le scotome de l'œil gauche ne sera identifié que plus tard (cf rapport de 1997).
- des céphalées fronto-orbitaires gauches, augmentées par la mobilisation de la tête et par l'effort, avec hypoesthésie de cette même région. Les céphalées ont diminué en mars 1992 (cf. rapport Dr. I._____, 7.7.1992). Parallèlement, le Dr L._____ relève une atteinte dans le territoire du nerf lacrymal gauche, puis sus-orbitaire gauche (Dr P._____). On retient le diagnostic de névralgie dans le territoire du nerf sus-orbitaire gauche, traitée par électrostimulation et Sarotène (cf rapport du 9.1.93 du Dr L._____). Un diagnostic de névrome sera posé par la suite.
- concernant les cervicalgies, je n'en ai pas trouvé mention dans le rapport du patient à la CNA du 20.11.91, ni dans les rapports d'assurance du Dr I._____, son médecin traitant depuis début 92 (rapports du 22.3.92, 7.7.92, 31.10.92). On note par contre les hémicranies gauches, continues, exacerbées au Valsalva (Dr L._____, 3.2.92), qui peuvent évoquer un point de départ cervical.
- les semaines qui suivent l'accident, le patient se plaint également de sensations vertigineuses, d'une fatigue intense

et de troubles de la concentration qui l'empêchent de reprendre son activité professionnelle comme auparavant (cf. Dr T._____, 13.11.1991). Ces sensations vertigineuses sont certainement présentes (rapport du patient à la CNA du 20.11.91). Elles sont décrites par le Dr M._____, ophtalmologue, mais semblent régresser également : lors d'une évaluation neurologique effectuée en février 92, le Dr L._____ signale expressément que le patient n'a jamais eu d'instabilité. A l'examen, il retient une hypoesthésie frontale, mais une absence de signes évoquant une souffrance cérébrale. En particulier, l'équilibre est sans particularité. Une ronchopathie pouvait éventuellement jouer un rôle dans le tableau comportemental. Par contre, des vertiges importants réapparaissent en décembre 1992 et sont mentionnés dans l'expertise du Dr R._____. Ces vertiges qui semblent nouveaux ont causé la chute d'une échelle avec fracture du poignet droit (6.8.1993 ; documentation fournie par le Dr I._____, son médecin traitant).

- des douleurs de l'épaule gauche, qui se chronifient. Au vu de l'absence d'évolution satisfaisante, un bilan chez le Dr S._____ (Médecine physique et Rééducation) a conclu à une rupture incomplète du tendon du sus épineux avec conflit sous-acromial traumatique (22.1.93). Sous traitement de physiothérapie, l'amélioration est lentement progressive. Entre mai et juin 93, l'épaule est considérée guérie, mais quelques rechutes ont été notées.

(...)

PLAINTES ACTUELLES

Hormis les aspects mentaux, le patient décrit les mêmes plaintes que lors de son séjour à Valmont en 1999. En particulier retenons les éléments suivants.

- Au plan des céphalées, celles-ci n'ont pas changé : elles sont stables (...).

- Au niveau des cervicalgies, elles persistent de manière chronique depuis environ 4-5 ans, médianes, mais avec parfois une prédominance gauche. Elles augmentent nettement lors de l'effort physique (...).

- Au niveau de l'équilibre, le patient décrit une sensation d'insécurité en hauteur. (...)

- Le patient ne se plaint plus de troubles mnésiques ou de l'attention. Par exemple, il s'intéresse à l'informatique, il a créé une vingtaine de pages internet. (...)

(...)

EXAMEN NEUROLOGIQUE

(...)

Nerfs crâniens : (...)

Acuité visuelle sp. et champs visuels avec léger flou dans la région supérieure de l'œil gauche, déjà décrits en 1997. (...) Il y a toujours une hypoesthésie sur le territoire du V1 gauche, avec une discrète dysesthésie au toucher. Il n'y a cependant plus de douleur de type causalgique à la pression sus-orbitaire.

Nuque : (...). Mobilité légèrement diminuée ddc (à 45°), un peu plus douloureuse vers la gauche.,

(...)

CONCLUSION

(...)

c) Y a-t-il des troubles organiques médicalement objectivables ? si oui, lesquels ?

Il existe d'une manière objectivable des troubles organiques suivants :

- léger scotome au niveau de l'hémichamp visuel de l'œil gauche
- hypoesthésie sur le territoire V1 gauche
- discrète contracture paracervicale bilatérale

Il n'y a par contre pas de signes actuels pour une atteinte vestibulaire importante. Ceux-ci ont été objectivés lors de l'évaluation détaillée effectuée en 2000 à St Gall, mais avaient été considérés comme compensés. Par contre, l'aggravation des épreuves d'équilibre entre 1995 et actuellement (augmentation de l'instabilité) suggère que le trouble de l'équilibre actuel a une composante indépendante de l'accident.

d) Y a-t-il des troubles psychiques ? Si oui, lesquels ? Sont-ils de nature cérébro-organique ou psychogène ? Quelle est leur importance par rapport à l'ensemble des troubles ?

Il existait en 2000 des troubles cognitifs qui avaient été mis en rapport avec l'accident. La disparition de ces troubles subjectivement et objectivement actuellement suggère que ces troubles ne sont pas en rapport avec l'accident, mais certainement avec un autre problème (...). Actuellement, je n'ai pas d'élément pour un trouble psychiatrique décompensé.

e) Quelle est votre position quant aux résultats des examens neurologiques effectués précédemment chez ce patient ?

Les examens neurologiques mettent en évidence clairement une atteinte du V1 et une certaine limitation dans la mobilisation de la colonne cervicale. Ils n'ont jamais mis en évidence au début des troubles de l'équilibre nets, ce qui suggère que les problèmes vestibulaires ont certainement été présents au départ, mais restaient relativement mineurs. . Ils restent

compatibles avec une atteinte vestibulaire initiale. La diplopie présente les premiers jours post-TCC est compatible avec une atteinte réversible de la fonction oculomotrice.

Enfin, les examens neurologiques effectués entre 92 et 95 montrent une évolution lentement favorable. La réaggravation récente des troubles de l'équilibre obtenue lors des examens (par exemple lors de cette expertise ou même lors de l'évaluation neurologique à Valmont) est donc sans rapport démontrable avec l'accident (problème vestibulaire périphérique ou composante fonctionnelle). Par contre, je pense que le léger scotome de l'œil gauche a certainement toujours été présent.

f) Comment jugez-vous actuellement la relation de causalité entre les céphalées et l'accident du 18.10.1991 ? Cette relation est-elle certaine, vraisemblable, possible ou exclue ? si elle n'est actuellement que possible, jusqu'à quelle époque considérez-vous que cette relation était pour le moins vraisemblable ?

Les céphalées sont, avec l'hypoesthésie la constante majeure dans les plaintes du patient depuis 1991. Il y a donc une relation certaine entre les céphalées et l'accident de 1991.

g) Les traitements effectués au-delà du 9.9.93 ont-ils notablement amélioré l'état de l'assuré, c'est-à-dire des douleurs intracrâniennes (céphalées) ? Ont-ils permis une stabilisation de l'état ? Autre appréciation en ce qui concerne ces traitements ?

Dans le rapport de 1995, le Dr L. _____ mentionne que la physiothérapie douce avait amené une bonne amélioration subjective concernant le syndrome cervical à prédominance gauche. A notre avis, ces traitements locaux ont un effet positif sur les douleurs et le syndrome cervical. L'amélioration de ce syndrome cervical s'accompagne d'une diminution des céphalées. On peut donc raisonnablement penser qu'une stabilisation des douleurs pourrait être maintenue grâce à des traitements itératifs de physiothérapie (...)

(...)

i) Quelles sont les fonctions et les activités dans lesquelles [le demandeur] est handicapé auxquelles il est inapte en raison des suites de l'accident (céphalées) ?

Les céphalées n'ont pas de retentissement sur la capacité de travail.. Les cervicalgies empêchent un travail avec la nuque en extension (plafond). (...)

j) Comment appréciez-vous la capacité de travail dans l'activité de peintre en fonction des suites vraisemblables de l'accident, c'est-à-dire des céphalées ?

Il n'y a pas d'incapacité de travail directement liée aux céphalées. Les céphalées de même que le scotome au niveau de

l'œil gauche n'ont pas d'impact sur le travail. Par contre, les cervicalgies limitent les activités de force avec la nuque vers le haut (...).

k) Comment appréciez-vous la capacité de travail de l'assuré dans d'autres activités exigibles ? Desquelles s'agit-il et avec quel horaire et rendement l'assuré serait-il capable d'y travailler ?

Dans une activité qui ne se situerait pas en hauteur, le patient aurait tout à fait de quoi retrouver une capacité de travail normale, pour autant que le port de charge ne dépasse pas le poids de 20 kilos en raison des douleurs cervicales.

(...). »

Dans son rapport complémentaire du 13 novembre 2001, le Prof. O._____ a noté qu' « en conclusion, il est difficile de lier à l'accident de 1991 une aggravation clinique survenue entre 1995 et actuellement (b). En effet, les troubles de l'équilibre observés au status neurologique actuel n'étaient pas présents en 1995 ».

Le Prof. O._____ et le Dr A._____ se sont exprimés comme il suit, dans leur courrier du 14 février 2002 :

« (...)

L'expertise du patient susnommé a été relativement difficile en raison du grand laps de temps découlé entre l'accident et cette évaluation et en raison également d'avis divergents de la part de certains confrères. De plus, les plaintes du patient semblent avoir un peu évolué au fil des expertises.

Nous avons néanmoins retenu la présence de cervicalgies post-traumatiques à cause des éléments suivants :

La mécanique de l'accident, avec le choc sur le pare-brise.

La présence d'hémicrâniées gauches post-traumatiques relevées par le Dr L._____ le 3 février 1992, soit environ 4 mois après l'accident.

La mention de ces douleurs dans les rapports du Dr [...] en 1994, qui ont partiellement répondu à un traitement de physiothérapie.

La mention de cervicalgies post-traumatiques dans le rapport du Professeur J._____ en octobre 1995.

Relevons cependant que ces cervicalgies ne génèrent pas à notre avis une incapacité de travail (le patient a d'ailleurs commencé à

faire des homepage sur internet), mais spécifiquement au travail de peintre (avec extension de la tête lors de peinture de plafonds) et des ports de charges de plus de 20 kg.

(...) ».

Dans un courrier du 28 février 2003, ces praticiens ont écrit ce qui suit :

« (...)

Dans la discussion, nous avons expliqué que les céphalées étaient en relation avec le syndrome cervical. Nous confirmons cette relation ainsi que la composante post traumatique des céphalées cervicogènes et du syndrome cervical (...).

Concernant la contusion du nerf optique gauche (diagnostiqué comme probable le 28.01.02), elle a été confirmée par le service de neuro-ophtalmologie de Genève avec (sic) associée également à un trouble de la motilité oculaire post traumatique (...).

Nous confirmons que la physiothérapie (...) et la prise de lunettes sont dues à des troubles accidentels (...).

(...) ».

26. Les Dresses X._____ et U._____ ont certifié que des lunettes permettraient d'améliorer une partie de l'atteinte visuelle du demandeur.

27. Par courrier du 6 avril 2003 adressé au conseil d'alors du demandeur, le Dr I._____ a confirmé que le demandeur avait dû arrêter ses cours d'informatique, car il se plaignait de fortes douleurs à l'œil gauche, de céphalées, de nausées et de vertiges en raison de son travail devant l'ordinateur, et qu'il était même obligé de s'étendre pendant les cours.

28. Le Professeur H._____ a indiqué qu'un scotome avait été objectivé à l'œil gauche et documenté en octobre 2002, le scotome étant une lacune dans le champ visuel due à l'existence de points insensibles dans la rétine et est causé le plus souvent par une lésion du nerf optique. Il a ajouté que ce scotome passait en réalité à raz du point de fixation central et comportait par conséquent un degré de handicap visuel alors même que l'œil droit avait une relative bonne fonction.

29. Selon la doctrine médicale, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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). Face à des symptômes, le médecin doit rechercher l'étiologie, et vérifier, sur cette base, si l'affection est en lien avec un événement incriminé.

C. Les assurances sociales

30. Le 25 mai 1998, le demandeur a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Du 1^{er} juillet 2002 au 31 décembre 2002, le demandeur a touché des indemnités journalières de l'AI de 36'248 fr. et du 1^{er} janvier 2003 au 31 janvier 2003 de 6'107 francs.

Selon un rapport du 27 mars 2003 de l'inspecteur Jeanmairet de la CNA, en 2002, un peintre travaillant dans l'entreprise Oulevey et Dorthe ou dans l'entreprise Monnard gagnait 27 fr. à 28 fr. de l'heure; ce même peintre gagnait 63'700 fr. par an dans l'entreprise Posse Peinture, et 64'327 fr. 75 par an dans l'entreprise Thorens SA. En 2002 et 2003, il gagnait 4'900 fr. treize fois par an dans l'entreprise Frank.

Par décision du 16 juillet 2003, la CNA a alloué au demandeur une rente d'invalidité de 28%, calculée sur le gain réalisé dans l'année précédant l'accident, soit 36'000 francs. La rente a été versée à partir du 1^{er} avril 1993. Pour calculer le taux d'invalidité, la CNA a pris en considération un gain sans invalidité de 5'500 fr. par mois et un gain d'invalidité de 4'000 fr. par mois, considérant que le demandeur pouvait travailler dans divers secteurs de l'industrie ou du commerce dans lesquels il pouvait obtenir ce dernier salaire. La CNA a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'580 fr. correspondant à une atteinte de 15%.

Une procédure judiciaire LAA a été introduite devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. A l'audience de jugement tenue par cette autorité le 1^{er} décembre 2005, la conciliation a abouti en ces termes :

« I. Le taux d'invalidité d'A.W. _____ est porté à 70% et la rente correspondante est fondée sur un gain assuré annuel de 36'000 fr. Le point de départ de la rente est maintenu au 1^{er} avril 1993.

(...)

III. Le taux d'atteinte à l'intégrité est maintenu à 15 %.

(...). »

Il n'y a aucun motif indiqué dans la procédure qui explique l'admission d'un tel taux d'invalidité.

Par décision du 12 janvier 2006 résultant de cette transaction judiciaire, la CNA a reconnu au demandeur un taux d'incapacité de gain de 70% et lui a versé une rente mensuelle de 1'680 fr., plus les allocations de renchérissement. Les prestations versées par la CNA ont été les suivantes :

dès le 1.4.1993 : 1'739 fr. par mois 20'868 fr. en 1994)	(soit 15'651 fr. en 1993 et
dès le 1.1.1995 : 1'809 fr. par mois 1996)	(soit 21'708 fr. en 1995 et
dès le 1.1.1997 : 1'855 fr. par mois 1998)	(soit 22'260 fr. en 1997 et
dès le 1.1.1999 : 1'865 fr. par mois 2000)	(soit 22'380 fr. en 1999 et
dès le 1.1.2001 : 1'914 fr. par mois	(soit 22'968 fr. en 2001)
dès le 1.7.2002 : 1'149 fr. par mois en 2002)	(soit 11'484 fr. + 6'894 fr.
dès le 1.1.2003 : 1'162 fr. par mois 1.1.2003)	(soit 1'162 fr. pour le
dès le 1.2.2003 : 1'937 fr. par mois 2003 +23'244 fr. en 2004)	(soit 21'307 fr. [11 mois] en
dès le 1.1.2005 : 1'964 fr. par mois	(soit 23'568 fr. en 2005), ce

qui représente un total de 279'842 fr.

Le demandeur a ainsi obtenu le versement des prestations de l'assurance-accident.

31. Le 24 janvier 2005, l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : Office AI) a rendu une décision fixant l'invalidité à 9,5%. Cette décision retient que le demandeur pourrait gagner 65'000 fr. s'il avait un diplôme d'administrateur de réseau après avoir poursuivi sa formation en informatique. Le 21 février 2005, le demandeur a fait opposition à cette décision, qu'il a complétée le 9 mai 2005. Dans son opposition, quant à l'interruption de la formation comme informaticien de réseau, le demandeur s'est référé à son courrier à la CNA du 6 mai 2004 et à toutes les pièces citées dans la dite correspondance (26 éléments médicaux). Par décision sur opposition du 20 décembre 2005, l'Office AI lui a refusé le droit à des prestations d'assurance au motif que son taux d'invalidité était de 9.5%. Cette décision retient en particulier ce qui suit :

« (...)

Dans le complément à votre opposition du 9 mai 2004, vous contestez que l'activité d'informaticien soit adaptée « moyennant de simples aménagements » et indiquez avoir demandé une expertise à la CNA. Vous ne comprenez pas à la lecture de l'expertise du Dr O._____ pourquoi les céphalées ne seraient pas handicapantes dans la profession d'informaticien. Il ressort également de votre réplique du 29 avril 2005 (rédigée dans le cadre du litige qui vous oppose à votre assureur-accident) que votre recyclage comme informaticien aurait échoué en raison de céphalées cervicogènes et de troubles de la vue qui vous empêcheraient de vous concentrer sur écran (...). Vous vous prévaliez à cet égard de l'avis du Dr [...] du 16 janvier 2004 et, celui, identique, du Dr I._____ du 13 janvier 2004.

La question de votre capacité de travail dans l'activité d'informaticien a été réexaminée dans le cadre de l'instruction de votre opposition. Réinterrogé à ce sujet, le Dr G._____ du SMR a notamment précisé en date du 6 décembre 2005 que les troubles vestibulaires ne sont pas invalidants dans la mesure où l'activité à l'ordinateur n'impose pas de changements de positions de la tête brusques et fréquents. Il en va de même pour l'atteinte visuelle qui n'affecte pas la vision centrale. Le Dr G._____ a également rappelé qu'une vision monoculaire est parfaitement compatible avec une activité sur ordinateur par définition en deux dimension.

(...)

L'avis du spécialiste doit en principe être préféré à celui du médecin de famille (...).

En l'espèce, nous considérons que l'instruction médicale de votre dossier est complète et que l'avis du SMR, dûment motivé, emporte la conviction (...). Les avis formulés par le Prof. H._____ et le Dr

Valeschini n'ont au contraire pas été motivés de manière à nous convaincre que votre capacité de travail serait limitée dans l'informatique.

Dès lors, nous retenons que votre capacité de travail est entière dans l'activité dans laquelle vous avez été reclassé.

Le 23 janvier 2006, le demandeur a interjeté un recours contre cette décision sur opposition. Le 12 avril 2006, l'Office AI a déposé sa réponse, qui était accompagnée, notamment, d'un avis médical sur dossier du Dr G._____; celui-ci se référait à un courrier du Prof. H._____, évoquant son propre cas. Dans sa réplique du 8 mai 2006, le demandeur s'est prévalu de la transaction passée avec la CNA et a contesté toute force probante à l'avis du Dr G._____. Dans sa duplique du 23 mai 2006, l'Office AI a écrit : « Les arguments développés par le recourant dans sa réplique du 8 mai 2006 ne nous permettent pas de modifier notre position ».

32. Lors de l'audience préliminaire tenue par le juge instructeur de la cour de céans le 26 octobre 2007, il a été convenu que le demandeur transmettrait à la défenderesse le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud et l'arrêt du Tribunal fédéral qui seraient rendus en matière d'assurance invalidité. Le demandeur ne s'est pas exécuté. La défenderesse a produit un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 4 février 2008 (9C_343/2007), qui concerne le demandeur et qui a trait au refus de prestations de rente AI. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral expose ce qui suit :

« A.
(...)
(...) B._____ a déposé le 10 juin 1998 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI) a recueilli des renseignements médicaux auprès des différents médecins consultés par l'assuré. Parmi les pièces versées au dossier figurait notamment un rapport d'expertise neurologique établi par les docteurs O._____ et A._____. D'après ces médecins, l'assuré souffrait d'un syndrome cervical qui ne l'empêchait cependant pas d'exercer une activité à plein temps ne requérant pas d'avoir la nuque en extension et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 20 kilos (rapport du 5 septembre 2001). Au vu de l'intérêt exprimé par l'assuré pour une activité dans le secteur de l'informatique, l'office AI lui a alloué une mesure de reclassement sous la forme d'un cours d'informaticien de réseau. (...)

(...)l'office AI a, par décision du 24 janvier 2005, confirmée sur opposition le 20 décembre suivant, dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, motif pris que le degré d'invalidité, fixé à 9,5 %, n'était pas suffisant pour justifier un tel droit.

(...)

3.2 (...)

(...)Les propos du recourant indiquent tout au plus que l'exercice d'une activité d'informaticien de réseau ne serait pas adaptée à ses limitations, sans remettre en cause les conclusions rendues par les docteurs O. _____ et A. _____, selon lesquelles il serait tout à fait en mesure de retrouver une capacité de travail normal, pour autant que l'activité exercée ne requiert pas d'avoir la nuque en extension et n'implique pas le port de charges supérieures à 20 kilos. (...)

(...).»

Le Tribunal fédéral a rejeté le recours du demandeur.

33. Au 1^{er} février 2011, une procédure était toujours pendante entre le demandeur et l'Office AI, le demandeur ayant déposé une nouvelle demande de prestations AI, en raison, selon lui, d'une aggravation de son état de santé. Le différend avec l'Office AI porte notamment sur le taux d'invalidité arrêté par cet organisme à 9.5%.

D. Autres faits

34. Par courrier du 8 octobre 1996, la défenderesse a renoncé à se prévaloir de la prescription, pour autant qu'elle n'ait pas déjà été acquise, jusqu'au 17 octobre 1998. Ayant changé de conseil, le demandeur a écrit le 28 octobre 1998 à la défenderesse pour obtenir une nouvelle renonciation jusqu'au 17 octobre 1999. Par courrier du 2 novembre 1998, la défenderesse a fait savoir au demandeur, par le biais de son nouveau conseil, qu'elle considérait que la prescription était acquise et qu'elle refusait dès lors de délivrer une nouvelle déclaration de renonciation. Sur insistance du conseil du demandeur, la défenderesse a renoncé à se prévaloir de la prescription, pour autant qu'elle ne soit pas déjà acquise, jusqu'au 30 novembre 2000, puis de manière ininterrompue jusqu'au 30 novembre 2001, 30 novembre 2002, 30 novembre 2003, 30 novembre 2004, 30 novembre 2005 et finalement jusqu'au 30 novembre 2006.

35. Selon un décompte daté du 7 août 2006, le demandeur devait un solde de frais d'avocat, selon diverses notes d'honoraires, de 40'000 francs.

E. Les expertises

L'expertise médicale

36. Dans son ordonnance sur preuves du 19 décembre 2007, le juge instructeur a chargé un neurologue, soit l'un à défaut de l'autre les Professeurs Christian W. Hess, directeur du service de neurologie de l'Inselspital à Berne, Ludwig Kappos, de l'Unispital à Bâle, et H. Jung, du service de neurologie de l'Uniklinik de Zurich, de répondre aux allégués soumis à la preuve par expertise médicale. L'expert Christian W. Hess a accepté sa mission le 24 janvier 2008, qu'il a décidé d'effectuer avec le Prof. Müri. Le 4 juillet 2008, le demandeur a déclaré refuser catégoriquement de se soumettre à une expertise en Suisse allemande, ce dont le juge instructeur a pris acte le 8 juillet 2008. La défenderesse ayant maintenu sa demande de preuve par expertise médicale, le demandeur a été invité à se déterminer sur le point de savoir s'il acceptait de collaborer à l'expertise neurologique. Après plusieurs prolongations de délais, le demandeur a confirmé, le 30 octobre 2008, qu'il refusait de se prêter à l'expertise médicale. Le 5 novembre 2008, le juge instructeur a pris acte du refus du demandeur de se prêter à l'expertise médicale et a constaté que la mise en œuvre de celle-ci était impossible.

L'expertise comptable

37. En cours d'instance, une expertise comptable a été confiée à Blaise Forestier de la Fiduciaire Michel Favre SA, qui a déposé son rapport le 8 septembre 2008. Les constatations et conclusions de l'expert sont en résumé les suivantes :

L'expert devait déterminer si, sans l'accident, le revenu annuel brut que le demandeur allègue à hauteur de 48'000 fr. aurait nécessairement augmenté, notamment parce que les entreprises de

peinture seraient très sollicitées pour des travaux de rénovation et pour des nouvelles constructions.

L'expert dit qu'il a pu collecter un certain nombre d'informations concernant les années 1988 à 1992 et qu'il a reconstitué un revenu moyen du demandeur en prenant en considération les comptes, le chiffre d'affaires et les salaires annoncés. Il a constaté un chevauchement des exercices comptables 1988-1989 et a déterminé les éléments pris en compte deux fois dans la période du 1^{er} mai 1988 au 31 décembre 1989. Il a considéré le chiffre d'affaires jusqu'à fin octobre 1991 car la méthode comptable appliquée était celle de l'encaissement des honoraires qui ont donc encore été perçus après l'accident. L'expert a constaté que l'activité déployée pendant la période considérée était très variable puisque le revenu passe de 52'000 fr. à 153'000 francs. Il retient pour la période un revenu moyen situé entre 69'000 fr. et 78'000 fr., soit 73'500 francs. Ce revenu est supérieur au revenu retenu de 48'000 fr., mais il n'aurait pas augmenté, à l'exception de l'augmentation de l'indice du coût de la vie. En effet, l'activité était très variable et la tendance en 1990 et 1991 n'était pas à la hausse malgré une année exceptionnelle en 1989. Selon l'expert, on rencontre souvent ce genre de situation au début d'une activité indépendante. C'est pour cette raison que l'expert a retenu un revenu moyen. Il relève toutefois que cette période correspondait à la fin d'une époque de surchauffe et au début d'une crise dans la construction, référence étant faite au taux hypothécaire qui atteignait jusqu'à 8 % à fin 1991.

Invité à déterminer si, sans l'accident, le demandeur aurait pu réaliser entre la date de l'accident et celle de la demande, un salaire brut mensuel moyen de 7'500 francs, l'expert effectue un calcul tenant compte du tarif appliqué par le demandeur pour des travaux en régie, et du nombre total d'heures possibles pour un horaire normal (en moyenne) sous déduction des heures consacrées à la prospection, la représentation, la calculation des offres et aux vacances. Il a considéré aussi que dans la profession, les travaux sont facturés au m² et qu'on peut partir du principe que l'indépendant, en travaillant très rapidement, peut

augmenter son revenu de quelque 15%. Après déduction des frais généraux et frais fixes, il arrive à un revenu annuel de 72'364 francs. Prenant en compte l'inflation de 1992 à 2005, il augmente ce revenu de 12.5%. Le revenu brut annuel moyen s'élève ainsi à un montant arrondi de 77'000 fr., soit un chiffre proche du précédent si on tient compte des augmentations liées au coût de la vie.

L'expert devait déterminer les charges sociales à déduire du revenu du demandeur. Il relève que la situation du demandeur est particulière puisque ce dernier a créé une activité indépendante au nom de son épouse, certainement pour des raisons économiques, fiscales, personnelles et de permis d'établissement. Il est donc salarié de l'entreprise de son épouse qui a cotisé auprès de la Fédération Vaudoise des Entrepreneurs à raison de 9% de son salaire mensuel de 2'500 francs. Le demandeur a choisi le statut de salarié mais comme il était le seul à travailler dans le cadre de l'entreprise, l'expert considère qu'il est une personne avec un statut mixte, soit un statut de salarié complété par le résultat de l'activité indépendante du couple en qualité d'indépendants. L'expert cumule les revenus du demandeur, puisque son épouse ne pourrait plus avoir de revenu sans une activité de son mari. Les charges sociales relatives au salaire pourraient être décomptées à concurrence de 5.05% pour l'AVS à charge de l'employé et de 0.3% pour le chômage jusque et y compris 1990, puis de 0.4% dès 1991. En ce qui concerne la caisse de retraite, puisqu'un montant de 9% était cotisé, la moitié, soit 4.5%, est à la charge de l'employé. Selon l'expert, cette retenue est conforme aux dispositions légales. De l'ensemble des revenus du demandeur, il y a donc lieu de déduire, sur un salaire de 30'000 fr., les cotisations AVS et chômage de 5.35%, respectivement 5.25% et 4.5% pour la prévoyance. Sur le solde de la rémunération d'indépendant, il y a lieu de calculer une AVS à 9.5%, avec un taux dégressif pour les revenus compris entre 8'900.- et 53'100 francs.

Le salaire net théorique est dès lors de 30'000 fr., moins 1'605 fr. d'AVS et chômage et 1'350 fr. de caisse de retraite, soit 27'045 fr.. La part des charges sociales à la charge de l'employeur sur ce salaire est de

5.35% pour l'AVS et de 4.5% pour la caisse de retraite. Il y a lieu d'y ajouter les frais administratifs et cotisations à la caisse d'allocations familiales pour l'employeur ainsi que l'assurance accidents non professionnels et professionnels. Étant donné que dans les décomptes de salaire du demandeur figure une retenue de 11.26%, l'expert propose de doubler ce montant, soit 22.52% représentant l'ensemble des charges sociales de l'employé et de l'employeur. Après les déductions du revenu brut du salaire et des charges sociales (part employeur), on obtient un revenu brut d'indépendant duquel il y a lieu de déduire la charge AVS pour indépendant.

Sur la base des documents qui lui ont été remis, l'expert a pu déterminer le montant du libre passage de la prévoyance professionnelle, augmenté des intérêts depuis le début de l'activité lucrative du demandeur, soit 16'271 fr. 45 au 31 mai 2000. Ce montant très faible s'explique par le fait que les époux A.W. _____ ont choisi cette forme de partage entre salaire et revenu d'indépendant pour éviter de devoir être soumis à des charges sociales plus conséquentes. Par cette méthode, le couple a pu éviter de devoir payer des charges plus importantes pour l'assurance accidents et la prévoyance. L'expert relève qu'il est clair toutefois que si on minimise le salaire de la personne active dans un couple, on se doit de s'assurer pour le résultat de l'activité indépendante, tant sur le plan de la perte de gain, des risques accidents/invalidité et décès. Les époux A.W. _____ ont certainement pris l'option d'un salaire de base minimum, ne sachant pas comment se développerait l'activité créée en 1987 et inscrite au RC en 1989. De plus, en optant pour un statut de salarié, le demandeur pouvait bénéficier des allocations familiales.

Au vu de ce qui précède, l'expert prend en considération un salaire de 2'500 fr. par mois, soit 30'000 fr. par année et des retenues de 11.26%, soit un salaire mensuel net de 2'218 fr. 50, soit de 26'622 fr. par année. Reprenant ensuite le salaire moyen brut de 73'500 fr. pour la période courant de 1988 à 1992 et le salaire moyen brut de 77'000 fr. de 1992 à 2005 tels que déterminés plus haut, il arrête une moyenne pour l'ensemble de cette période à 77'500 francs. De cette moyenne, il déduit

30'000 fr., soit le revenu brut sous forme de salaire, pour arriver à un revenu brut d'indépendant de 47'500 francs. Cette somme est diminuée de 3'378 fr., soit des charges sociales part employeur, de 1'765 fr., soit l'assurance perte de gain et de 3'353 fr., soit un 7,9% AVS d'indépendant (taux diminué car le revenu n'atteint pas 53'100 fr.), et de 7'600 fr., à titre de prévoyance d'indépendant. L'expert arrive ainsi à un revenu net d'indépendant de 31'404 francs. Ajouté à son salaire net de 26'622 fr., cela représente un revenu net moyen annuel pour la période considérée de 58'026 francs.

L'expert devait déterminer si un peintre en bâtiment, propriétaire en pratique de son entreprise, qui l'emploie comme salarié, peut gagner un salaire mensuel brut moyen de 9'000 fr. sur l'ensemble de sa carrière. L'expert rappelle que le demandeur a exercé plusieurs activités avant de créer avec son épouse une entreprise de remise à neuf de façades et qu'il avait déjà atteint l'âge de 34 ans au moment de l'accident, Selon lui, on peut considérer que des activités de plâtrerie-peinture, exercées de manière indépendante, sont pratiquées dans la force de l'âge entre 25 et 45 ans. Si on augmente le salaire potentiel d'un indépendant - ces personnes ne comptent généralement pas leurs heures -, on peut s'attendre à ce que la personne puisse augmenter son revenu de 30%. La situation du demandeur est toutefois particulière puisque A.W._____ et son épouse se trouvaient en début d'activité. En 1989, le demandeur a exécuté un travail très important et a encaissé à cette occasion 180'000 francs. L'expert émet l'hypothèse que ce travail n'a pas pu être exécuté par le demandeur seul. Il reconnaît néanmoins que ce dernier était capable d'une grande force de travail mais que dans les périodes examinées, son revenu en moyenne n'a jamais atteint le montant mensuel brut de 9'000 francs. Dans ce type d'activité, à partir d'un certain âge, il devient difficile de maintenir le rythme. En l'espèce, ayant trois enfants, le demandeur aurait dû de toute manière exercer son activité avec une grande intensité jusqu'à l'âge de 64 ans. Pour obtenir un revenu mensuel de 9'000 fr., il aurait fallu qu'avec l'âge et l'expérience, il développe son activité et engage des employés. C'est seulement par ce biais qu'il aurait pu atteindre ce revenu. Selon la CCT de travail de second

œuvre romand, le salaire mensuel moyen VD s'élève en 2008 à 5'464 fr. (classe CE travailleur qualifié), payable treize fois, soit 71'032 fr. annuel brut. On peut partir de l'idée qu'un indépendant qualifié peut gagner 20% de plus, soit 85'238 francs.

Adoptant une autre démarche, l'expert constate après diverses recherches auprès de professionnels que les prix pratiqués sont très variables en fonction de la nature du travail fourni et de la qualité exigée. Il a réalisé plusieurs simulations qui prennent en considération la productivité de l'indépendant et un taux horaire qui peut varier en fonction de la nature des travaux, des qualifications requises, du marché et de la concurrence. Il détermine sur la base d'heures productives annuellement de 1'785, respectivement 1'600 et de taux horaires respectifs de 80 fr./h et 69 fr./h, des revenus annuels après déduction des frais fixes de 107'100 fr., 92'374 fr., et 82'800 fr., soit un revenu moyen supputé arrondi de 94'000 francs. A partir de l'âge de 50 ans, le régime de travail est ralenti et le revenu doit être diminué. L'expert considère ainsi que le revenu pourrait se situer au maximum à 94'000 fr. de 1991 à 2007, puis à 75% de ce montant de 2008 à 2021 (à l'âge de 64 ans), soit à 70'500 francs. Retenant la moyenne de ces deux chiffres, l'expert arrive à un chiffre moyen de 82'250 francs. Il privilégie ce dernier chiffre et cette approche qui paraît plus pratique et objective puisqu'elle tient compte de la productivité, du marché et également de l'évolution de l'activité de l'indépendant jusqu'à la retraite.

Reprenant ce dernier chiffre, l'expert estime le revenu net, soit 82'250 francs moins le salaire brut de 30'000 fr., soit 52'250 fr., dont il déduit l'assurance perte de gain de 1'954 fr., les charges sociales de l'employeur de 3'378 fr., l'AVS sur le solde du revenu de 4'056 fr., et la prévoyance pour indépendant de 8'572 fr., soit un revenu net d'indépendant de 34'290 francs. Le total du revenu net estimé par l'expert pour l'ensemble de la carrière du demandeur se monte ainsi à 60'912 francs (26'622 fr. + 34'290 fr.).

L'expertise technique

38. Une expertise technique de circulation a été confiée à Martial Giobellina du Centre de Tests Dynamiques de Vauffelin/Bienne, qui a déposé son rapport le 27 août 2008 et un rapport complémentaire le 12 janvier 2010. Il en résulte en bref ce qui suit :

Suite à une inspection locale, la position exacte de la collision a pu être arrêtée. L'expert devait déterminer les vitesses respectives des véhicules au moment de la collision, ce qui a été difficile dans la mesure où il n'existe presque aucune photo permettant de constater les dégâts. L'expert dit que conformément aux indications figurant dans le rapport de police, la chaussée était mouillée et qu'elle a une pente de 8% en direction d'Aigle. Le virage précédant le lieu de la collision présente un dévers vers la gauche, en direction d'Aigle, ce qui a pour conséquence de diminuer la vitesse maximale de passage de cette courbe. Selon l'expert, une chaussée mouillée avec une pente de 8% et un virage en dévers d'un rayon de 60 m environ permettent une vitesse maximale de passage de 55 km/h avant qu'un ripage du véhicule soit observable. Afin d'obtenir une dérive de la VW de Q._____ sur la voie opposée induisant une superposition des véhicules d'environ 40 à 50%, la vitesse initiale devait être d'environ 63 km/h, en admettant que le conducteur Q._____ n'a ni freiné ni accéléré lors de la dérive. Dans de telles conditions, la vitesse du véhicule VW au point de collision serait approximativement de 50km/h. La vitesse maximale autorisée sur ce tronçon de route étant de 40 km/h, on peut supposer selon l'expert que le conducteur A.W._____ roulait à une vitesse comprise entre 35 km/h et 45 km/h avant la collision. Une vitesse de 50km/h pour la VW et une vitesse de 35 km/h pour le bus Toyota impliquent que la variation de vitesse subie par Q._____ serait d'environ 48 km/h. Une telle variation de vitesse pour un passager non attaché réduit fortement ses chances de survie. Or, les blessures dont a souffert Q._____ étaient un menton fissuré, des plaies aux mains et de multiples hématomes. Par conséquent, selon l'expert, il est fort probable que l'intéressé a freiné lorsqu'il a constaté que sa voiture déviait sur la voie opposée. En admettant un freinage, on obtient une vitesse de l'ordre de

40 km/h au point de collision. Le fait que le conducteur A.W._____ ait eu le temps de serrer à droite implique qu'il a vu la VW arriver sur sa voie. Par conséquent, il est également fort probable qu'il ait ralenti, voire freiné. En l'absence de freinage, une vitesse de l'ordre de 30 km/h peut être considérée pour le bus Toyota, soit une variation de vitesse de l'ordre de 25 km/h pour le conducteur A.W._____ et de 40 km/h pour le conducteur Q._____. Pour l'expert, des vitesses de collision supérieures n'auraient pas permis aux passagers non ceinturés de s'en sortir avec des blessures d'aussi faible gravité.

De nombreux essais ont été effectués afin de définir de quelle manière se comporte un conducteur lors d'une collision dans les cas où la ceinture est utilisée et ceux où elle ne l'est pas. L'analyse d'un crash test comparatif avec un véhicule similaire à celui du demandeur réalisé à une vitesse de 64 km/h et avec 40% de superposition contre une barrière déformable a démontré que le conducteur du véhicule ne heurte pas le pare-brise s'il est attaché, et ce dans des conditions bien plus défavorables que ce qu'elles ont dû être dans le cas présent, la tête du conducteur ayant avancé, lors de ce crash test, d'une distance d'environ 35 cm. On peut donc supposer que cette distance devait être plus faible lors de l'accident et que si le conducteur A.W._____ a heurté l'angle supérieur du pare-brise, cela implique qu'il ne devait pas porter la ceinture. Même dans des conditions plus critiques, la tête du conducteur ne heurte pas le pare-brise. La direction dans laquelle la tête d'un conducteur attaché se déplace implique que si une collision avec un élément de l'habitacle a lieu, c'est plus généralement avec le volant.

S'agissant d'un éventuel dysfonctionnement du système de blocage de la ceinture, l'analyse du fonctionnement d'un système comparable montre qu'il y a deux possibilités de blocage, soit par accélération centrifuge de l'enrouleur soit par blocage par le cliquet si le véhicule ne se trouve pas dans une position proche de l'horizontale. Les points d'ancrage de la ceinture sont quant à eux tout à fait standards et il est peu probable qu'une rupture de l'un ou l'autre de ces points ait eu lieu, tout comme il est difficilement concevable que la ceinture se soit déchirée.

L'expert rappelle toutefois que le véhicule A.W._____ n'a pas pu être inspecté et que ce ne sont que des suppositions. L'éventualité d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation de la ceinture ne peut pas être totalement exclue. Une mauvaise utilisation de la ceinture, c'est-à-dire une ceinture mal ajustée (lâche), reste plausible et pourrait expliquer qu'A.W._____ ait eu des marques et des lésions du côté gauche. En effet, une ceinture de sécurité possède une légère course à vide avant que le système de blocage n'entre en action, puis intervient l'élasticité de cette dernière, ainsi que celle des vêtements et du haut du corps. Si la ceinture n'est pas plaquée contre le haut du corps au moment de l'impact mais a une certaine liberté, le corps a la possibilité de parcourir une certaine distance et donc d'acquérir une certaine inertie avant que le système de retenue n'entre en action. La ceinture n'empêche donc plus une collision avec les éléments de l'habitacle. Aussi, au moment où la ceinture se tend et que le système se bloque, le corps est soumis à une brusque décélération pouvant certainement provoquer des lésions au niveau de la clavicule et de l'épaule. Il est aussi possible que la ceinture ait auparavant déjà subi un effort important qui aurait nécessité son remplacement. L'expert ajoute qu'en fonction des informations fournies par le demandeur lors de la vision locale, il s'avère qu'il portait une salopette de travail avec des documents dans la poche avant, ainsi qu'une veste. Il dit que la combinaison du port de nombreux vêtements et d'une ceinture potentiellement non tendue l'amène à la conclusion que "l'éventualité d'une erreur de manipulation de la ceinture ne peut être exclue". Pour l'expert, il n'est pas exclu que le demandeur était attaché et que le système de blocage de la ceinture n'ait pas ou mal fonctionné. Il relève que le demandeur a déclaré à la CNA qu'une importante marque bleu était visible là où passait la ceinture, mais qu'aucune photo n'a été prise pour appuyer des dires.

F. Discussion plus particulière sur certains faits

39. Le demandeur allègue que sous l'effet du choc, sa ceinture de sécurité se serait arrachée des points d'ancrage (all. 14 et 14bis à 14 quater), que sa tête aurait violemment frappé le pare-brise (all. 15) avant

d'être rejetée en arrière (all. 16) et qu'il aurait perdu connaissance quelques instants (all. 13) et qu'à son entrée à l'Hôpital d'Aigle, les médecins auraient relevé un traumatisme crânio-cervical, une contusion de la région de l'épaule et de la clavicule gauche, du genou gauche et de la région costale du même côté ainsi que deux plaies sus-et sous-orbitales gauche (all. 17).

Le rapport de police ne fait pas état d'arrachement des points d'ancrage de la ceinture de sécurité. Entendu sur ce point, le témoin Raymond Lavanchy, gendarme, a précisé qu'en principe si la police constate que la ceinture était mise, mais qu'elle a été arrachée, elle le note dans son rapport, que toutefois, si la personne est hors de son véhicule, la police se fie à ce que celle-là déclare sur le fait qu'elle était ou non attachée. Ce témoignage, rapporté à la déclaration du demandeur selon laquelle la Gendarmerie était arrivée après que son passager E.D. _____ l'avait aidé à sortir (pièce 130), permet de constater que la police est arrivée au moment où le demandeur était hors de son véhicule, de retenir qu'elle n'a pas pu constater un éventuel arrachement des points d'ancrage et qu'elle s'est fiée à la déclaration du demandeur, affirmant qu'il était attaché.

L'expert technique s'est prononcé sur les points relatifs à un arrachement de la ceinture de sécurité. Il n'a pas pu affirmer que le demandeur était attaché, relevant que ce dernier avait déclaré qu'une importante marque bleue était visible là où passait la ceinture, mais qu'aucune photo n'avait été prise pour appuyer ses dires. L'expert s'est alors limité à faire des hypothèses. Pour lui, si le demandeur était bien attaché, sa tête n'aurait pas, comme il l'a allégué, heurté l'angle supérieur du pare-brise, à moins qu'il y ait eu une rupture de la ceinture de sécurité. Or, de l'avis de l'expert, il était peu probable qu'une rupture des points d'ancrage de la ceinture ait eu lieu ou que la ceinture se soit déchirée. Si le demandeur était mal attaché (ceinture lâche) ou s'il y a eu un dysfonctionnement du système de blocage, une collision avec les éléments de l'habitacle pouvait avoir lieu. L'expert n'a toutefois pas été plus précis sur ces éléments. Aussi, convient-il de relever que le

demandeur lui-même, lors de son audition du 20 novembre 1991 (pièce 130), avait déclaré que « sa tête avait heurté au niveau du front la barre en métal qui tient le pare-soleil ».

A l'appui de ses allégués, le demandeur a produit le rapport établi le 1^{er} mars 2000 par la Dresse C._____ (pièce 6), neurologue et médecin-chef de la Clinique de Valmont, qui relate ce qui suit :

« (...)

(...) Le patient avait probablement perdu connaissance pendant quelques secondes, (...). (...) Par le choc, la ceinture est arrachée des points d'ancrage et le patient tape la tête contre le pare-brise, puis ensuite d'un mouvement de réclination. Il avait à nouveau perdu connaissance quelques secondes pendant son transport à l'Hôpital d'Aigle, où il est resté jusqu'au lendemain de l'accident. A son entrée, on relevait un traumatisme crânio-cervical, une contusion de la région de l'épaule et de la clavicule gauche, du genou gauche et de la région costale du même côté et 2 plaies sus-et sous-orbitaires à gauche. ».

Premiers symptômes : difficultés à déglutir, nausées, problèmes respiratoires. Cervicalgies, céphalées, douleurs d'épaule gauche

(..). A domicile, le patient doit s'aliter en raison de nausées et de vertiges, aggravés par des mouvements, la stimulation visuelle et la fixation.

Le demandeur s'appuie également sur le rapport du 17 octobre 1995 du Professeur J._____ du service de neurologie du CHUV (pièce 4), qui fait état de la perte de connaissance et des symptômes qui seraient relevés à l'entrée de l'hôpital, dans les mêmes termes que le rapport de la Dresse C._____. Ce rapport mentionne également que le demandeur serait resté à l'hôpital jusqu'au lendemain de l'accident. Le demandeur se prévaut enfin du rapport du Dr K._____ du 11 janvier 2000 (pièce 5) qui indique qu'il a perdu connaissance, que sa tête a tapé contre le pare-brise et qu'il y a eu un fort mouvement de réclination de la tête.

Or, ni le rapport établi par la police le jour de l'accident, ni le rapport établi par Dr T._____ qui a examiné le demandeur le 23 octobre 1991, soit cinq jours après l'événement litigieux, ne font état d'une perte de connaissance. Ce médecin n'a pas non plus mentionné un traumatisme crânio-cervical et une contusion de la région de l'épaule et de la clavicule

gauche, ni les premiers symptômes retenus par le Professeur J._____ et la Dresse J._____. D'autre part, le demandeur n'a pas produit un rapport qui aurait été établi par l'Hôpital d'Aigle immédiatement à son entrée à l'Hôpital. Dans ces circonstances, les constatations qui ressortent des pièces 4 à 6, établies quatre ans, respectivement dix ans après l'accident litigieux, n'ont pu se fonder que sur les propos non immédiats du demandeur. Ces pièces comportent en outre des erreurs. Ainsi qu'on vient de le voir, on ne peut pas affirmer que la ceinture de sécurité a été arrachée des points d'ancrage. Il n'est pas non plus avéré que le demandeur a été hospitalisé une nuit, puisque le rapport établi le 23 octobre 1991 par le Dr T._____ précise que le traitement a eu lieu de manière ambulatoire à l'hôpital d'Aigle et que le patient n'a pas été hospitalisé. Cela correspond par ailleurs aux déclarations du demandeur lui-même un mois après l'accident. Entendu dans les locaux de la CNA, le 20 novembre 1991, l'intéressé a déclaré que le jour de l'accident, il avait été transporté à Aigle, qu'il n'avait pas été hospitalisé, mais qu'il avait été traité en ambulatoire.

En conclusion, la cour estime que les allégations du demandeur sur le déroulement de l'accident et ses suites immédiates ne sont pas établies.

40. Par demande du 7 août 2006, A.W._____ a pris, avec dépens, les conclusions suivantes :

- « I. V._____ est la débitrice d'A.W._____ d'un montant de fr. 2'451'985.10 (deux millions quatre cent cinquante et un mille neuf cent huitante-cinq francs et dix centimes), avec intérêts à 5 % l'an dès le jour de la demande sur la somme de fr. 1'158'765.20, dès le 1^{er} mars 1999, échéance moyenne, sur la somme de fr. 1'223'219.90, et dès le 19 octobre 1991 sur la somme de fr. 70'000 fr., et lui en doit immédiat paiement.
- II. La révision du jugement dans un délai de deux ans à compter du jour où il a été prononcé est réservée . »

Par réponse du 2 octobre 2006, la défenderesse V._____ a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet des conclusions de la demande. Elle a invoqué la prescription.

En droit :

I. Le demandeur fonde ses prétentions dirigées contre la compagnie d'assurance défenderesse sur l'art. 58 LCR (loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière; RS 741.01). Il conclut au paiement en capital de la somme de 2'451'985 fr. 10, soutenant qu'en raison des atteintes à son intégrité corporelle en rapport de causalité avec l'accident du 18 octobre 1991, il aurait supporté une perte de gain, une atteinte à son avenir économique, un dommage ménager, un tort moral et des frais d'avocat hors procès. Il se fonde sur les divers rapports médicaux qui ont émaillé son parcours médical pour prouver l'étendue des atteintes à son intégrité ainsi que l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec l'accident.

II. a) A titre préliminaire, il convient de préciser que le Code de procédure civile suisse applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 let. a CPC, Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. L'art. 404 al. 1 CPC dispose que les procédures en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi sont régies par l'ancien droit de procédure jusqu'à la clôture de l'instance. La présente procédure a été introduite par demande du 7 août 2006 et était toujours en cours le 1^{er} janvier 2011. Elle demeure donc régie par l'ancien droit de procédure.

III. La responsabilité du détenteur d'un véhicule automobile est régie par les art. 58 ss LCR, les règles générales des art. 41 ss CO (Code des obligations du 30 mars 1911; RS 220) n'étant applicables que dans la mesure où la loi spéciale le prévoit expressément (Werro, La responsabilité civile, 2005 [ci-après : Werro, RC], n. 834; Brehm, La responsabilité civile automobile, 1999 [ci-après : Brehm, RC], nn. 10 ss). Selon l'art. 58 al. 1 LCR, si, par suite de l'emploi d'un véhicule automobile, une personne est tuée ou blessée ou qu'un dommage matériel est causé, le détenteur est civilement responsable. Le détenteur a l'obligation de

conclure une assurance contre le risque de la responsabilité civile (art. 63 al. 1 LCR). Dans la limite des montants prévue par le contrat d'assurance, le lésé peut intenter une action directe contre l'assureur (art. 65 al. 1 LCR), de sorte qu'il est habilité à faire valoir directement à son encontre la créance qu'il pourrait avoir à l'endroit du détenteur.

En l'espèce, il est constant que l'accident du 18 octobre 1991 a été causé par l'emploi d'un véhicule automobile et que le demandeur, qui a subi des lésions corporelles, est en droit de réclamer réparation de son dommage ainsi que le versement d'une indemnité pour tort moral en s'adressant directement à la défenderesse, assureur de la détentrice du véhicule qui était conduit par Q._____.

IV. La défenderesse soulève l'exception de prescription. Elle soutient qu'au 1^{er} avril 1993, date de la fixation de rente de l'assurance-accident, la situation médicale du demandeur était stabilisée, de sorte que le délai de prescription de deux ans (art. 83 LCR) qui aurait commencé à courir à cette date, serait venu à échéance le 1^{er} avril 1995, soit avant que la défenderesse ait renoncé à se prévaloir de la prescription le 8 octobre 1996. Dans sa plaidoirie, le demandeur a fait valoir que le délai de prescription applicable en l'occurrence est le délai du droit pénal, qui part dès le jour de l'accident, et qu'il y aurait lieu de compter le délai absolu de sept ans et demi de l'ancien droit pénal (art. 70 aCP). Dans cette hypothèse, le délai de la prescription pénale serait venu à échéance le 18 avril 1999 et aurait été prolongé par les différentes renonciations successives à se prévaloir de la prescription que la défenderesse lui a adressées. S'agissant du délai de prescription de deux ans, il a contesté la stabilisation de son état de santé à la date indiquée par la défenderesse. La défenderesse a répliqué que le principe de la *lex mitior* s'applique, qu'il faudrait dans tous les cas compter non pas le délai de prescription de sept ans et demi, mais le délai le plus favorable à l'auteur de l'infraction pénale.

En procédure civile vaudoise, la prescription doit être invoquée sous la forme d'une déclaration expresse avant la clôture de l'instruction

préliminaire (Poudret/Haldy/Tappy, procédure civile vaudoise, n. 3 ad art. 138 CPC-VD et les références citées). En l'espèce, la défenderesse a invoqué ce moyen dans sa réponse, soit en temps utile, de sorte qu'il convient de l'examiner.

V. a) La prescription des actions en dommages et intérêts et en réparation du tort moral qui découlent d'accidents causés par des véhicules automobiles est réglée par l'art. 83 al. 1 LCR. En vertu de cette disposition, ces actions se prescrivent par deux ans à partir du jour où le lésé a eu connaissance du dommage et de la personne qui en est responsable, mais en tout cas par dix ans dès le jour de l'accident.

Toutefois, si les dommages et intérêts dérivent d'un acte punissable soumis par les lois pénales à une prescription de plus longue durée, cette prescription s'applique à l'action civile. Cette règle a été reprise de l'art. 60 al. 2 CO (Tappy, La prescription pénale de plus longue durée applicable en matière civile (article 60 alinéa 2 CO), in Responsabilité civile et assurance, Etudes en l'honneur de Baptiste Rusconi, pp. 383 ss, p. 387 et la note infrapaginale n. 12), dont la teneur correspond à celle de l'art. 83 al. 1 2^{ème} phrase LCR. L'art. 60 al. 2 CO a pour but d'harmoniser la prescription de droit civil avec celle de droit pénal. Il ne serait en effet pas satisfaisant que l'auteur puisse encore être puni alors que le lésé ne serait plus en mesure d'obtenir réparation sur le plan civil (ATF 136 III 502 c. 6.1, rés. in SJ 2011 I 80). Le législateur a ainsi voulu éviter que le responsable ne puisse plus être recherché sur le plan civil à un moment où il pourrait encore être puni pénalement. Cependant, cette disposition ayant été édictée en faveur du lésé, il serait erroné de vouloir lui prêter, à l'inverse, l'intention d'exclure l'application de l'art. 60 al. 2 CO chaque fois que la condamnation pénale de l'auteur du dommage est désormais impossible pour quelque motif que ce soit (ATF 136 III 502 c. 6.3.1, rés. in SJ 2011 I 80 et la jurisprudence citée). En cas d'acte punissable au sens du droit pénal, il n'est pas nécessaire que l'auteur ait été condamné ; il suffit qu'il puisse l'être. Il n'est pas non plus nécessaire qu'une poursuite ait été engagée. A moins que le juge pénal ait déjà prononcé une condamnation ou un acquittement, le juge civil décide

librement si l'acte de l'auteur constitue une infraction à la loi pénale (Werro, Commentaire romand, 2^{ème} éd., nn. 30 et 31 ad art. 60 CO).

La prescription pénale de plus longue durée s'applique aussi à l'action que le lésé a le droit d'intenter directement contre l'assureur responsabilité civile en vertu de l'art. 65 al. 1 LCR (ATF 137 III 481 c. 2.3).

b) En l'espèce, la réparation du préjudice économique et moral, objet du présent procès, est revendiquée en tant que conséquence de l'accident de la circulation routière intervenu le 18 octobre 1991. Cet accident a été causé par Q._____ qui roulait à une vitesse excessive et inadaptée aux conditions de la route, de sorte qu'il avait perdu la maîtrise de son véhicule. Le demandeur a été blessé au front et au genou gauche. Il n'est pas établi que le responsable de l'accident ait été poursuivi pénalement. Cette circonstance permet néanmoins à la cour de céans de qualifier ses actes sur le plan pénal. En roulant excessivement et en perdant la maîtrise de son véhicule, Q._____ a violé les art. 31 et 32 LCR. De plus, son comportement a causé des blessures au demandeur - des coupures à l'arcade sourcillière et au genou gauches. Le demandeur a ainsi subi une atteinte à son intégrité physique, qu'on peut qualifier de lésions corporelles simples (cf. Dupuis et al. (éd.), Code pénal, Petit commentaire, nn. 5 et 6 ad art. 123 CP). Enfin, en violant les règles de la circulation routière précitées, Q._____ a agi par négligence. Celle-ci suppose en effet que l'auteur ait violé les devoirs de la prudence, et les règles de la circulation routière constituent, pour le trafic routier, les sources d'un tel devoir (ATF 122 IV 133 c. 2a [f] ; Dupuis, op. cit., n. 36 ad art. 12 CP). Il en découle que les éléments constitutifs de l'infraction de lésions corporelles par négligence (art. 125 CP), savoir des lésions corporelles simples ou graves (1), la négligence (2) et un rapport de causalité naturelle et adéquate entre le comportement de l'auteur et les lésions (3), sont réalisés. En conséquence, les dommages-intérêts et le tort moral réclamés au plan civil dérivent d'un acte pénal punissable.

c) Au moment de l'accident, en 1991, l'infraction de lésions corporelles par négligence était punissable de l'emprisonnement d'une

durée maximum de trois ans ou de l'amende (art. 36 aCP). A cette époque, le Code pénal prévoyait, pour cette infraction, un délai de prescription relative de cinq ans (art. 70 aCP) et un délai de prescription absolue de sept ans et demi (art. 72 al. 2 aCP). A ce sujet, le Tribunal fédéral a récemment précisé que pour dire si le délai de prescription est plus long au pénal qu'au civil, il faut prendre en considération la prescription relative du droit pénal, et non pas la prescription absolue (ATF 137 III 481 c. 2.5).

Par la suite, les dispositions pénales en matière de prescription ont été modifiées par la loi du 5 octobre 2001, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2002 (RO [Recueil officiel] 2002 2993 2996). Depuis cette révision, le droit pénal ne fait plus de distinction entre la prescription relative et la prescription absolue; le délai de prescription (unique) pour l'infraction en cause est de sept ans (art. 70 révisé CP). Par une loi du 13 décembre 2002, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007 (RO 2006 3459), une nouvelle partie générale du code pénal a été adoptée, qui comprend les dispositions sur la prescription, désormais aux art. 97 ss CP. Le délai de prescription (unique) pour l'infraction prévue à l'art. 125 CP a été maintenu à sept ans (art. 97 al. 1 let. c CP).

Selon l'art. 337 aCP - qui correspond à l'art. 389 CP - les dispositions du nouveau droit concernant la prescription de l'action pénale sont applicables aux infractions commises avant l'entrée en vigueur du nouveau droit si elles sont plus favorables à l'auteur que celles de la loi ancienne (principe de la *lex mitior*). Si, au contraire, la loi nouvelle fixe un délai de prescription plus long, on appliquera la loi ancienne à une infraction commise sous son empire (ATF 137 III 481 c. 2.6 ; ATF 133 IV 112 c. 9.1; ATF 129 IV 49 c. 5.1, JT 2006 IV 43 et les références citées).

Le *dies a quo* de la prescription de plus longue durée prévue par les lois pénales est déterminé par celles-ci également. En règle générale, le point de départ est le jour où l'auteur a agi, conformément à l'art. 98 CP - qui correspond à l'art. 71 aCP (Tappy, op. cit., p. 408 et les

références citées à la note infrapaginale n. 103 ; Werro, op. cit., n. 35 ad art. 60 CO).

d) Comme on vient de le voir, le nouveau droit pénal prévoit un délai de prescription de sept ans, alors que l'ancien droit prévoyait un délai relatif – qui est déterminant – de cinq ans. Le délai de cinq ans étant plus favorable à l'auteur que le délai de sept ans, c'est le premier délai qui doit être compté.

L'activité coupable a eu lieu le 18 octobre 1991, jour de l'accident. C'est donc à partir de cette date que le délai de prescription de cinq ans a commencé à courir. Ce délai est plus long que celui de deux ans de l'art. 83 al. 1^{er} LCR, qui comme on le verra (cf. infra cons. VII b)) a commencé à courir le 2 septembre 1993. C'est donc le délai de l'action pénale qui doit s'appliquer. Ainsi, sans interruption ni suspension du cours de la prescription, celle-ci est acquise depuis le 18 octobre 1996.

VI. **a)** Le demandeur se prévaut des déclarations de renonciation à se prévaloir de la prescription que la défenderesse lui a adressées.

b) Une fois qu'elle a commencé à courir, la prescription de plus longue durée de l'art. 60 al. 2 CO peut être interrompue, en application des règles du droit civil (Tappy, op. cit., p. 409 et les références citées à la note infrapaginale n. 106). Le droit pénal n'intervient que pour substituer au délai prévu par le droit civil le délai plus long découlant du droit pénal (ATF 137 III 481 c. 2.5). La prescription est donc régie par les art. 127 ss CO, tant pour le délai de prescription de deux ans que pour celui de l'action pénale (ATF 101 II 321, JT 1976 I 285, SJ 1976 p. 593; ATF 100 II 332, rés. in JT 1975 I 280, SJ 1975 p. 537).

c) Selon l'ancienne acception de la notion de renonciation anticipée à la prescription, toute renonciation anticipée aurait pu être prohibée en raison notamment de l'art. 141 CO. Le Tribunal fédéral a réduit la portée de cette prohibition en interprétant de manière restrictive les art. 129 et 141 al. 1 CO, en ce sens qu'ils ne s'appliquaient qu'aux

délais de prescription fixés dans le troisième titre du Code des obligations. Par voie de conséquence, la prescription dont le délai était fixé dans d'autres dispositions pouvait faire l'objet d'une renonciation anticipée conformément à l'ancienne jurisprudence (cf. ATF 112 II 231 c. 3e/bb, rés. in JT 1987 I 27, SJ 1987 p. 33; ATF 99 II 185 c. 2b, JT 1974 I 46). En outre, les délais non fixés au titre troisième du Code des obligations pouvaient et peuvent toujours être prolongés pour autant que la disposition qui les institue ne soit pas de nature impérative (TF 5C.42/2005 du 21 avril 2005 c. 2.2), ce qui est le cas de l'art. 83 al. 1 LCR. La prolongation peut notamment résulter d'une déclaration unilatérale par laquelle le débiteur renonce, soit à se prévaloir de la partie déjà écoulée du délai de prescription, soit, pour un temps généralement limité, à soulever l'exception de prescription en cas de procès. De telles déclarations sont très répandues en pratique, notamment dans les relations avec les compagnies d'assurances, où elles ont notoirement pour but de dispenser le créancier de l'accomplissement de l'un ou l'autre des actes interruptifs de prescription prévus à l'art. 135 CO (cf. TF 5C.42/2005 du 21 avril 2005 c. 2.2).

En l'espèce, le délai de prescription ici en cause n'est pas fixé dans le titre troisième du Code des obligations, mais dans une disposition spéciale, savoir l'art. 83 al. 1 LCR. Ainsi, son cours a toujours pu faire l'objet d'une renonciation anticipée – tant au sens de l'ancienne que de la nouvelle acception –, qui n'a jamais été prohibée par l'art. 141 CO.

d) Selon l'ancienne jurisprudence, la renonciation anticipée devait être interprétée conformément au principe de la confiance, soit selon le sens que le destinataire pouvait raisonnablement attribuer à la déclaration (ATF 112 II 231 c. 3e/bb, rés. in JT 1987 I 27, SJ 1987 p. 33; cf. également ATF 132 III 226 c. 3.3.8, rés. in JT 2007 I 445, SJ 2006 I 321). Depuis, le Tribunal fédéral, se ralliant à l'avis de la doctrine, a précisé que la durée pour laquelle la renonciation doit valoir doit se déterminer conformément à la volonté des parties (ATF 132 III 226 c. 3.3.8, rés. in JT 2007 I 445, SJ 2006 I 321 et les références citées). Il convient ainsi dans un premier temps de rechercher la volonté réelle des parties, soit de

procéder à une interprétation de la lettre, cas échéant de l'esprit, de l'engagement (interprétation de fait; Tercier, Droit des obligations, 4^e éd., Genève/Zurich/Bâle 2009, pp. 200 s., nn. 942 ss; Gauch/Schluep, Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil, vol. 1, Zurich/Bâle/Genève 2009, pp. 272 s., n. 1200; Engel, Traité des obligations en droit suisse, Berne 1997, pp. 235 ss). Ce n'est que dans un second temps, savoir si la volonté réelle des parties n'a pu être déterminée, qu'il convient de déterminer la volonté supposée de celles-ci par une interprétation selon le principe de la confiance (interprétation normative; Tercier, op. cit., pp. 201 s., nn. 947 s.; Gauch/Schluep, op. cit., p. 273, n. 1201; Engel, op. cit., pp. 238 ss).

e) En l'espèce, le texte des déclarations de renonciation manifestées par la défenderesse laisse clairement entendre que la renonciation ne vaut qu'à la condition que la prescription ne soit pas déjà acquise. Le texte en est clair et ne laisse planer aucun doute quant aux effets de celles-ci. Selon la lettre de ces renonciations, la défenderesse s'obligeait uniquement à renoncer à se prévaloir de l'exception de la prescription durant un certain laps de temps, pour autant que la prescription ne soit pas déjà acquise. Il s'agit d'un engagement à s'abstenir soumis à une condition. Le demandeur ne remet pas en cause le sens des renonciations en cause, tel qu'il vient d'être exposé. La volonté réelle des parties étant ainsi déterminée de manière univoque, le recours aux autres méthodes d'interprétation n'a pas lieu d'être. En tout état de cause, compte tenu du texte clair des renonciations manifestées par la défenderesse, toute interprétation, même selon le principe de la confiance, aurait conduit à une solution identique.

L'interprétation des renonciations en cause permet de retenir que celles-ci ne ressortissent à aucun cas de suspension du cours de la prescription (cf. art. 134 CO) et qu'elles ne peuvent être comprises dans le sens d'une reconnaissance de dette ou correspondre à un des cas mentionnés à l'art. 135 ch. 2 CO. Partant, les renonciations manifestées par la défenderesse ne consistent pas non plus en un acte d'interruption du cours de la prescription (cf. art. 135 CO).

Par ailleurs, toujours selon un texte limpide, les déclarations de la défenderesse ne peuvent pas non plus être comprises dans le sens d'une renonciation à se prévaloir de la partie déjà écoulee de la prescription. Il s'agit ici clairement du second cas évoqué par la jurisprudence précitée, savoir une renonciation limitée dans le temps à se prévaloir de l'exception de prescription en cas de procès. Dans le présent cas, cette renonciation est soumise à une condition. Dans l'hypothèse où cette condition ne serait pas réalisée - soit en l'occurrence si la prescription était acquise au moment de la manifestation de l'une des renonciations -, alors l'engagement ainsi manifesté ne déploierait aucun effet juridique *ab ovo*. Cette renonciation, invalide, n'empêcherait dès lors pas la défenderesse de se prévaloir à bon droit de l'exception de prescription, nonobstant une renonciation signée couvrant la période en cours. En revanche, si l'acquisition de la prescription devait intervenir durant une des périodes de renonciation, alors la défenderesse ne pourrait s'en prévaloir jusqu'à l'expiration de la période de renonciation en cause. Ce délai pourrait être prolongé et ce, à plusieurs reprises, pour autant que les périodes de renonciation soient continues et ne présentent aucune lacune.

f) En prenant en considération le délai de prescription de l'action pénale, la prescription était acquise le 18 octobre 1996, sous réserve d'être prolongée notamment par une renonciation à se prévaloir de la prescription. Il résulte de l'instruction que le 8 octobre 1996 la défenderesse a renoncé à se prévaloir de la prescription jusqu'au 17 octobre 1998. La renonciation du 8 octobre 1996 est donc intervenue avant que la prescription de l'action pénale ne soit acquise ; elle est valable et a eu pour effet de prolonger le délai de la prescription jusqu'au 17 octobre 1998. L'instruction a également établi que le 28 octobre 1998, le demandeur a écrit à la défenderesse pour obtenir une nouvelle renonciation. Dans un premier temps, la défenderesse a refusé, puis à une date non précisée, en tout cas ultérieure au 2 novembre 1998, elle a accepté de renoncer à se prévaloir de la prescription, pour autant qu'elle ne soit pas déjà acquise, jusqu'au 30 novembre 2000. Ainsi, entre le 18

octobre 1998 et le 2 novembre 1998 au plus tôt, le demandeur n'était pas au bénéfice d'un acte susceptible de modifier le cours de la prescription. Celle-ci était donc acquise le 18 octobre 1998, si bien que la seconde renonciation est intervenue bien après l'acquisition de la prescription. Elle n'a eu aucun effet, puisque la défenderesse ne renonçait à se prévaloir de la prescription que dans la mesure où celle-ci n'était pas encore acquise. Les renonciations successives ultérieures ne pouvaient rien y changer.

Dans ces conditions, le délai de la prescription pénale de plus longue durée a expiré le 17 octobre 1998. La présente action, déposée le 7 août 2006, est donc prescrite.

La solution ne serait pas différente, si l'on devait retenir le délai de deux ans de l'action civile.

VII. **a)** Le délai de prescription de deux ans court à partir du jour où le lésé a eu connaissance du dommage et de la personne qui en est responsable (art. 83 al. 1 LCR). Selon une jurisprudence constante et ancienne, la première de ces deux conditions légales s'accomplit au moment où le lésé acquiert une connaissance suffisante du dommage pour pouvoir ouvrir action, c'est-à-dire lorsque le lésé apprend - relativement à l'existence, à la nature et aux éléments du dommage - les circonstances propres à fonder et à motiver une demande en justice (TF 4A_136/2012 du 18 juillet 2012 c. 4.2 ; TF 4A_329/2009 et 4A_369/2009 du 1^{er} décembre 2010 c. 3.1; ATF 131 III 61 c. 3.1.1, rés. in JT 2005 I 275, SJ 2005 I 289). Le lésé n'est pas censé différer sa demande jusqu'au moment où il connaît le montant absolument exact de son préjudice car au besoin, ce montant sera estimé selon l'art. 42 al. 2 CO.

Le dommage est tenu pour suffisamment défini lorsque le lésé détient assez d'éléments pour être en mesure de l'apprécier (TF 4A_136/2012 du 18 juillet 2012 c. 4.2 ; TF 4A_329/2009 et 4A_369/2009 du 1^{er} décembre 2010 c. 3.1; TF 4A_489/2008 du 23 décembre 2008 c. 2 et la jurisprudence citée), même s'il ne connaît pas encore le montant de son préjudice en vertu de décisions exécutoires des assureurs sociaux

notamment (CCIV 14 avril 2010/64 ; CCIV 26 juin 2008/119). En considération de la relative brièveté du délai de prescription entrant en considération, la notion de « connaissance du dommage » doit être interprétée strictement (TF 4A_136/2012 du 18 juillet 2012 c. 4.2).

Lorsque l'ampleur du préjudice dépend d'une situation qui évolue, le délai de prescription ne court pas avant le terme de cette évolution. Tel est le cas notamment du préjudice consécutif à une atteinte à la santé dont il n'est pas possible de prévoir d'emblée l'évolution avec suffisamment de certitude. En particulier, la connaissance du dommage résultant d'une invalidité permanente suppose que, selon un expert, l'état de santé soit stabilisé sur le plan médical et que le taux de capacité de travail soit fixé au moins approximativement; le lésé doit en outre savoir, sur la base des rapports médicaux, quelle peut être l'évolution de son état (TF 4A_136/2012 du 18 juillet 2012 c. 4.2). Relevant qu'une rente AI ne réduit pas le dommage subi par un assuré et que la loi parle de "connaissance du dommage" et non de connaissance du montant à réclamer en justice, le Tribunal fédéral a précisé que, par dommage, il fallait comprendre la totalité du dommage subi par le lésé, y compris la partie couverte par les assurances sociales (TF 4A_329/2009 et 4A_369/2009 du 1^{er} décembre 2010 c. 3.2 et les références citées). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que le lésé, dont l'état s'est stabilisé, connaît suffisamment son dommage déjà au moment où il remplit une demande des prestations AI (CCIV 14 avril 2010/64 et la jurisprudence citée). Certes, par le passé, il semble que la pratique faisait partir le délai du jour de la notification de la décision de rente de l'assureur social, à tout le moins à titre subsidiaire, dans le sens que le délai avait, au plus tard, commencé à courir à ce moment-là (TF 4A_329/2009 et 4A_369/2009 du 1^{er} décembre 2010 c. 3.2 et les références citées). Toutefois, il n'existe pas de jurisprudence selon laquelle la prescription ne commence à courir qu'à partir de cette date. Dans ces circonstances, le Tribunal fédéral a qualifié de "quelque peu audacieux" l'avis selon lequel on pourrait admettre que la prescription de l'action civile ne commence pas à courir avant la date de la fixation d'une rente d'invalidité (TF 4A_329/2009 et 4A_369/2009 du 1^{er} décembre 2010 c. 3.2). Dans sa jurisprudence

récente, le Tribunal fédéral a précisé que « lorsque le lésé est si sévèrement atteint qu'une rente de l'assurance-invalidité doit lui être allouée, la décision de rente offre souvent l'information nécessaire à la connaissance du dommage (...). Mais la communication de la décision de l'assureur social ne constitue pas systématiquement le point de départ du délai de prescription relatif. En effet, l'issue de la procédure conduite par l'AI ou la CNA n'est pas en soi déterminante pour la connaissance du dommage, car la rente d'invalidité ne réduit pas le dommage subi par l'assuré, mais le couvre, du moins partiellement. Pour le surplus, le délai de prescription part du moment où le lésé a effectivement connaissance du dommage, et non celui où il aurait pu découvrir l'importance de sa créance en faisant preuve de l'attention commandée par les circonstances » (TF 4A_136/2012 du 18 juillet 2012 c. 4.2).

b) aa) La situation médicale du demandeur est complexe. Elle l'est d'abord parce que plus de vingt ans se sont déroulés depuis l'accident. Elle l'est aussi en raison du grand nombre de médecins qui sont intervenus avec des spécialités différentes et des avis médicaux divergents quant à l'origine des maux dont se plaint le demandeur.

En l'absence d'expertise judiciaire, il convient d'examiner sur la base des rapports médicaux au dossier à partir de quelle date la situation médicale du demandeur s'est stabilisée, et son incapacité de travail approximativement fixée.

bb) Ainsi que cela résulte du rapport de police établi le jour de l'accident et du rapport du Dr T. _____ du 23 octobre 1991, l'accident du 18 octobre 1991 a provoqué des coupures à l'arcade sourcilière et au genou gauches ainsi qu'une douleur du sinus maxillaire gauche. Pour ces lésions, le demandeur a été traité de manière ambulatoire, ce qui signifie que les lésions ne justifiaient pas une hospitalisation. Selon la feuille-accident LAA, le traitement médical a pris fin le 28 octobre 1991, soit dix jours après l'accident. Le demandeur a reconnu avoir pu travailler à 100% du 28 au 30 octobre 1991, selon sa déclaration du 20 novembre 1991. Au

vu de ces circonstances, les suites immédiates de l'accident du 18 octobre 1991 ont été relativement bénignes.

Cependant, dans les semaines et mois qui ont suivi l'accident, le demandeur s'est plaint de différents maux. Il résulte de sa déclaration du 20 novembre 1991 et du rapport du Dr M. _____ du 3 décembre 1991 que ses plaintes se sont d'abord rapportées à des vertiges, des céphalées et à « la vision trouble au niveau de l'œil gauche ». Le 20 novembre 1991, le demandeur a par ailleurs signalé qu'il n'avait plus de sensibilité au niveau du front à gauche et qu'il subsistait une pointe douloureuse au niveau de l'épaule gauche, vers la clavicule dans les mouvements extrêmes. Aux dires du demandeur, le 20 novembre 1991, la vue s'était toutefois améliorée : il n'avait plus la sensation de voir trouble, et le genou était guéri. A la lecture des rapports du Dr L. _____ du 3 février 1992 et du Dr N. _____ du 7 décembre 1992, on comprend que le demandeur a été adressé chez le Dr L. _____ pour les problèmes de l'«hypoesthésie dans la région frontale gauche associée des douleurs pulsatiles de cette région, intriquées à des hémicrâniées gauches parfois insomniantes et à une baisse de l'acuité visuelle gauche», qui a procédé aux évaluations les 28 janvier et 3 février 1992. Le rapport du 3 février 1992 indique que le demandeur s'est par ailleurs plaint de fatigue et de difficultés de concentration.

Pour les problèmes de la vue, le Dr M. _____ a retenu une myopie droite ainsi qu' « une glande lacrimale orbitaire gauche qui pourrait être de volume légèrement augmenté ». Il a conseillé le port de lunettes pour la myopie droite et dit que l'accident litigieux a dû entraîner sur ce terrain-là une incapacité de travail d'environ deux semaines. Les évaluations du Dr L. _____ ont en revanche objectivé des hémicrâniées gauches ainsi qu'une « discrète hypoesthésie et hypalgésie relative dans la région frontale gauche ». Ce praticien a également proposé un complément d'investigations par CT-scan cérébral. Ces diagnostics ont ainsi confirmé dans une certaine mesure les plaintes du demandeur en ce qui concerne les maux de tête, l'insensibilité dans la région frontale et les

troubles de la vue. Ces problèmes n'étaient pas - comme on vient de le voir - dans les suites immédiates de l'accident. L'état de santé du demandeur avait donc évolué dans le sens d'une péjoration.

Le 23 mars 1992, le demandeur a déclaré à son médecin traitant que les céphalées avaient bien diminué, mais qu'il restait encore quelques douleurs lorsqu'il secouait la tête. Entre le 23 mars et 19 octobre 1992, le demandeur n'a pas consulté de médecins, ce qui permet de penser que la situation médicale du demandeur s'était améliorée.

Toutefois, selon les rapports du Dr I. _____ du 7 juillet 1992 et de la Dresse F. _____ du 29 décembre 1992, la symptomatologie douloureuse a repris le 19 octobre 1992. Une incapacité de travail à 100 % a été reconnue au demandeur dès cette date, et le Dr N. _____, dans son rapport du 7 décembre 1992, a noté qu'une rechute de l'accident lui avait été annoncée et qu'il disposait du rapport du Dr I. _____, médecin traitant du demandeur, faisant état d'un statut après commotion cérébrale. Le Dr N. _____ a également précisé que le demandeur avait été revu par les Drs L. _____ et P. _____, qui avaient pensé qu'il y avait une lésion d'un rameau du nerf sus-orbitaire gauche avec peut-être un névrome ou/et un corps étranger associé. Sur ce point, le Dr N. _____ a dit se rallier aux conclusions de ces deux praticiens, ajoutant qu'il était donc nécessaire de réviser cette plaie frontale gauche. Le Dr N. _____ a enfin indiqué que le Dr S. _____ avait conclu à un léger méplat sous-acromial postérieur de l'épaule gauche. Le Dr N. _____ a reconnu au demandeur quelques signes d'une « PSH de l'épaule gauche ». A sa demande, le demandeur a également été orienté chez la Dresse F. _____. Dans son rapport du 29 décembre 1992, celle-ci a retenu, comme le Dr M. _____, le diagnostic de myopie droite et une très légère artériosclérose rétinienne. Ainsi que le relève le Professeur O. _____, dans son rapport du 5 septembre 2001, pour les problèmes de la vue, le diagnostic de scotome serait posé plus tard. Au vu de ces rapports médicaux, la rechute annoncée par le demandeur le 19 octobre 1992

correspondait à une certaine pathologie de l'épaule gauche, de la vue et de la plaie frontale gauche. De plus, le demandeur a été reconnu incapable de travailler, du moins partiellement, jusqu'au 5 mars 1993. Il en découle que la situation médicale du demandeur n'était pas encore stabilisée à la date du rapport du Dr N. _____ du 7 décembre 1992.

L'évolution de la santé du demandeur au cours de l'année 1993 semble en revanche positive. Dans son rapport du 16 mars 1993, le Dr S. _____ reconnaît au demandeur une capacité de travail entière sur le plan rhumatologique. A cette date, les douleurs à l'épaule gauche semblent stabilisées. La feuille-accident LAA indique que dès le 8 mars 1993, la capacité de travail du demandeur était entière. Le demandeur lui-même a déclaré avoir pu travailler à 100 % dès le 8 avril 1993. Dans son courrier du 17 juin 1993, la Dresse F. _____ a indiqué que le demandeur se plaignait de toutes sortes de symptômes, tels les vertiges, céphalées, hémicrâniées gauches, nausées, mais que ces différents symptômes parfois gênants ne limitaient plus sa capacité de travail, qui était alors normale. Dans ce rapport, il n'est pas question de traitement ou d'évolution. La situation, à défaut d'être satisfaisante pour le demandeur, paraît néanmoins stabilisée. Le Dr R. _____, dans son rapport du 2 septembre 1993 à l'intention de la CNA, indique comme séquelles de l'accident une cicatrice sus-orbitaire gauche un peu sensible et une hypoesthésie de l'hémifront et de l'hémicranie. Il a estimé que la persistance des autres gênes - céphalées, vertiges, fatigabilité, manque de récupération - ne pouvaient être mis à cette date sur le compte de l'accident. Ce médecin n'avait pas de proposition de traitement particulier à faire sur le plan strictement neurologique, ni n'avait retenu aucune incapacité de travail significative.

L'état de santé du demandeur n'a pas connu de changement important, le cas échéant qui soit en rapport avec l'accident litigieux, après le rapport du Dr R. _____ du 2 septembre 1993.

En effet, les avis médicaux ultérieurs à cette date - l'appréciation médicale du Dr N._____, les rapports des Professeurs O._____ et Dr A._____, les avis du Professeur H._____ et des Drs X._____ et U._____ - ont porté sur des troubles de la vue, des céphalées, des cervicalgies, des vertiges, des problèmes mnésiques ou de l'attention. Le demandeur a ainsi manifesté des plaintes, du même ordre que les précédentes, sans qu'il soit établi que des traitements aient été entrepris, qu'il y ait eu des changements dans la situation médicale du demandeur ou que ce dernier ait été empêché de travailler. A cet égard, on ne saurait considérer comme avéré que le 6 avril 2003, le demandeur souffrait de fortes douleurs à l'œil gauche, de céphalées, de nausées et de vertiges, qui l'auraient empêché de continuer ses cours d'informatique. Ces symptômes ressortent du seul certificat du Dr I._____, médecin traitant du demandeur, ce qui n'est pas suffisant pour attester de la véracité des atteintes à la santé. D'autre part, s'il est vrai que le diagnostic du scotome n'a été posé qu'en 2002 et que le demandeur a subi deux interventions chirurgicales, en 1999 et 2003, dans le but de réséquer un névrome cicatriciel sur la plaie frontale gauche, il n'est pas établi que son état de santé s'est péjoré à la suite de ces diagnostics et opérations. Autant qu'on a pu le déterminer, au vu du rapport du Professeur O._____ et du Dr A._____ du 5 septembre 2001, le diagnostic du scotome de l'œil gauche ne faisait pas suite à une nouvelle maladie du demandeur, mais au problème de la vue (« brouillards ») dont il avait été question depuis le rapport du Dr M._____ en 1991. Aussi s'agissait-il d'une atteinte mineure. A comprendre le courrier du 28 février 2003 du Professeur O._____ et l'avis des Desses X._____ et U._____, le port de lunettes permettait d'améliorer la vue du demandeur. Enfin, il n'est pas établi que le demandeur ait été reconnu incapable de travailler après le diagnostic du scotome. Les suites des opérations de la résection du névrome cicatriciel n'étant pas non plus établies ; on ignore si, et dans quelle mesure, ces opérations ont compliqué l'état de santé du demandeur.

La chronologie des événements permet ainsi de considérer que l'état de santé du demandeur n'a pas connu d'évolution notable après le rapport du Dr R. _____ du 2 septembre 1993. Cela est du reste confirmé par le courrier du 1er décembre 1993 que le conseil d'alors du demandeur a adressé à la CNA. Ce dernier expose que les céphalées et la gêne au niveau sus-orbitaire avaient peu à peu disparu et que le demandeur s'estimait rétabli, et sa capacité de travail complète. Le fait qu'après la date retenue, le demandeur ait continué à manifester des plaintes - qui ne correspondaient pas à de véritables pathologies - n'est pas déterminant pour fixer le départ d'un délai de prescription. L'admettre reviendrait à soumettre le *dies a quo* à la volonté de l'une des parties.

Dans son mémoire de droit, le demandeur a fait valoir qu'au 28 octobre 1998, son état de santé n'était pas stabilisé, car ni l'assurance-invalidité, ni l'assurance-accident n'avait pris position sur son droit à des prestations. Cette objection n'est pas fondée, puisque, comme précédemment exposé, l'issue des procédures relevant de l'assurance-accident ou invalidité n'est pas déterminante. Ce qui est pertinent, et la jurisprudence récente insiste sur ce point, c'est le moment où le lésé connaît effectivement son dommage.

Le demandeur a enfin soutenu qu'il ne peut plus exercer sa fonction de peintre en bâtiment, qu'il n'a pas pu se recycler dans l'informatique, en raison des maux cités dans le certificat du Dr I. _____, et qu'il est incapable de fournir des efforts nécessaires à l'apprentissage d'une nouvelle profession. S'agissant du taux de l'incapacité de travail qui serait lié aux atteintes dues à l'accident du 18 octobre 1991, élément aussi nécessaire selon la jurisprudence rappelée ci-dessus pour considérer que le lésé connaît suffisamment son dommage, le demandeur estime ainsi que sa capacité de travail actuelle serait nulle. Il résulte toutefois de l'instruction que la dernière incapacité de travail a été fixée au 5 mars 1993. Après cette date, les médecins consultés par le demandeur sont dans l'ensemble d'accord sur la capacité de travail du demandeur, alors

même qu'ils divergent parfois quant aux origines des atteintes à sa santé. De manière générale, ils considèrent que le demandeur est capable de travailler. Comme relevé plus haut, c'est le cas des Drs S._____, F._____ et R._____. L'avis du Professeur J._____ du 17 octobre 1995, selon lequel on pouvait envisager une reprise progressive du travail pour arriver à une capacité entière vers la fin 1995 ou début 1996 n'est pas motivé. A lire cet avis, on ne saisit d'ailleurs pas pourquoi il indique, d'une part, que la capacité du demandeur n'est pas réduite et, d'autre part, suggère une reprise progressive du travail. Quant au Prof. O._____ et Dr A._____, ils considèrent que le demandeur pourrait retrouver une capacité de travail normale, mais dans une activité qui ne se situerait pas en hauteur. Ils mentionnent en effet des cervicalgies, apparues en tout cas en octobre 1995, puisqu'elles étaient mentionnées dans le rapport du Prof. J._____ du 17 octobre 1995.

Il convient de relever que tant les allégués relatifs à l'évolution de santé du demandeur jusqu'à l'heure actuelle (all. 32ss) que ceux relatifs à sa capacité de travail actuelle étaient soumis entre autres à la preuve par expertise médicale judiciaire. L'expert aurait fait la synthèse des différents avis médicaux et examiné l'évolution de la santé du demandeur et de sa capacité de travail. Il aurait en particulier répondu aux allégués 70 et suivants portant sur la capacité de travail du demandeur, sur son échec aux mesures de recyclage dans l'informatique et sur son impossible reconversion. Or, c'est le demandeur qui a fait obstacle à sa mise en œuvre, en refusant de s'y soumettre, alors qu'il avait donné son accord au choix des experts proposés. Il doit supporter l'échec de la preuve de ces faits.

Dans ces conditions, il y a lieu de considérer, que sur la base des preuves au dossier, le demandeur a eu connaissance de toutes les atteintes à sa santé et du fait qu'une capacité de travail entière lui avait été reconnue au plus tard à la date du rapport du Dr R._____ du 2

septembre 1993. A cette date, il avait tous les éléments pouvant justifier une action judiciaire.

c) En définitive, si l'on devait retenir le délai de l'action civile de deux ans, celui-ci aurait commencé à courir le 2 septembre 1993 pour expirer le 2 septembre 1995. La première renonciation à se prévaloir de l'exception de la prescription qui date du 8 octobre 1996 serait intervenue après que la prescription ait été acquise. Elle n'aurait donc eu aucun effet. La prescription serait de toute manière acquise le 2 septembre 1995, et l'action déposée le 7 août 2006 prescrite.

A supposer encore, par hypothèse, (mais la stabilisation de l'état de santé ne doit pas dépendre de chaque symptôme) qu'il faudrait prendre comme point de départ le 17 octobre 1995 (date du rapport du Professeur J. _____), en raison de la mention à partir de cette date de cervicalgies, le résultat ne serait pas différent. La prescription n'aurait pas été acquise lors de la première renonciation à l'invoquer, du 8 octobre 1996. Elle est intervenue le 17 octobre 1997, mais la défenderesse avait valablement renoncé à l'invoquer jusqu'au 17 octobre 1998. En revanche, la seconde renonciation, intervenue au plus tôt le 2 novembre 1998 n'a pas eu d'effet, la prescription étant effective dès le 18 octobre 1998.

d) Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que la défenderesse a soulevé l'exception de prescription.

Même non prescrite, l'action du demandeur devrait être rejetée, pour les raisons qui suivent.

VIII. **a)** La responsabilité du détenteur d'un véhicule est engagée du seul fait que l'emploi du véhicule est en relation de causalité avec le dommage, ce lien de causalité devant être naturel et adéquat (ATF 95 II

344 c. 6, SJ 1970 p. 373; Werro, RC, op. cit., nn. 837 et 845; Brehm, RC, op. cit., n. 15).

Un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non. En d'autres termes, il existe un lien de causalité naturelle entre deux événements lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit; il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (ATF 133 III 462 c. 4.4.2, rés. in JT 2009 I 47 et les arrêts cités; Werro, RC, op. cit., nn. 175 et 176). L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur de responsabilité et le dommage est une question de fait que le juge doit trancher selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. En pareil cas, l'allégement de la preuve se justifie par le fait que, en raison de la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (ATF 133 III 462 c. 4.4.2, rés. in JT 2009 I 47; ATF 133 III 81 c. 4.2.2, rés. in JT 2007 I 309 et les réf. citées; Werro, RC, op. cit., n. 209).

Le rapport de causalité est adéquat lorsque le comportement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit en sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (SJ 2004 I 407 c. 4.1, JT 2005 I 472; ATF 123 III 110 c. 3a, JT 1997 I 791 et les références citées). Pour savoir si un fait est la cause adéquate d'un préjudice, le juge procède à un pronostic rétrospectif objectif : se plaçant au terme de la chaîne des causes, il lui appartient de remonter du dommage dont la réparation est demandée au chef de responsabilité invoqué et de déterminer si, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie humaine, une telle conséquence demeure dans le champ raisonnable des possibilités objectivement prévisibles, le cas échéant aux yeux d'un expert; à cet égard, ce n'est pas la prévisibilité subjective mais la prévisibilité objective du résultat qui compte (SJ 2004 I 407 c. 4.1, JT 2005 I 472 et les références citées; Werro, RC, op. cit., n. 215).

L'exigence d'un rapport de causalité adéquate constitue une clause générale et son existence doit être appréciée de cas en cas par le juge selon les règles du droit et de l'équité, conformément à l'art. 4 CC (code civil du 10 décembre 1907; RS 210); il s'agit de déterminer si un dommage peut être équitablement imputé à l'auteur d'un acte illicite ou à celui qui en répond en vertu d'un contrat ou de la loi (ATF 123 III 110 c. 3a, JT 1997 I 791 et les références citées). Ainsi, quand bien même la notion de causalité adéquate est identique dans tous les domaines du droit, le juge doit, pour décider dans le cas concret si cette condition de la responsabilité est réalisée, prendre en compte les objectifs de la politique juridique poursuivis par la norme applicable dans le cas concret. Aussi bien, les suites adéquates et inadéquates d'un accident peuvent-elles être appréciées différemment en droit de la responsabilité civile et en droit des assurances sociales (TF 4A_45/2009 du 25 mars 2009 c. 3.3.1; ATF 134 V 109 c. 8.1; TF 4C.50/2006 du 26 mai 2006 c. 4; ATF 123 V 137 c. 3c; ATF 123 III 110 c. 3a, JT 1997 I 791; Werro, RC, op. cit., n. 220).

b) En l'espèce, il convient de déterminer si les symptômes allégués par le demandeur correspondent à une véritable atteinte à sa santé et si celle-ci se trouve en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident litigieux.

Le demandeur soutient que ses troubles s'inscrivent notamment dans le cadre du diagnostic de syndrome post-traumatique cervico-encéphalique et de commotion du labyrinthe. D'un point de vue neuro-otologique, il s'agirait d'un trouble post-traumatique de la fonction visuo-oculomotrice et de la fonction cervico-proprio-nociceptive avec, toujours, un fort soupçon de lésions multisegmentales des articulations cervico-zygoapophysaire. Il ajoute que ces atteintes se manifestent aujourd'hui encore par tout un cortège de symptômes, tels que nausées, vertiges, violents maux de tête, perte de concentration, fortes douleurs dans la nuque et acouphènes. S'y ajouteraient des problèmes de la vision que des lunettes ne permettraient pas de corriger totalement, la formation de névromes et des troubles vestibulaires.

Le demandeur s'appuie sur les rapports du Dr Z. _____ et de la Dresse C. _____ qui retiennent un diagnostic de douleurs cervico-occipitales chroniques survenues dans les suites d'un coup du lapin (whiplash). Il a affirmé que sa tête avait reçu un choc violent contre le pare-brise avant d'être rejetée en arrière. Or, l'instruction n'a pas permis de retenir ces points. Dans son mémoire de droit, le demandeur a précisé que le diagnostic de syndrome post-traumatique cervico-encéphalique et de commotion du labyrinthe a été précisé en 2005 et qu'il a été posé notamment en raison des symptômes post-traumatiques (difficultés à déglutir, perte de connaissance, nausées, etc.) relevés à l'entrée de l'Hôpital d'Aigle. Or, l'instruction n'a pas permis de retenir que le demandeur avait présenté ces symptômes à l'entrée de l'hôpital. Certaines plaintes n'étaient même pas présentes dans les mois qui ont suivi l'accident. Au vu des rapports médicaux au dossier, un status après commotion cérébrale n'a été évoqué qu'une année plus tard (cf. rapport du Dr N. _____ du 7 décembre 1992), tandis que les acouphènes figurent dans le rapport établi neuf ans après l'accident (rapport Dr K. _____ du 11 janvier 2000). Dès lors, il apparaît que certaines des circonstances sur lesquelles - aux dires du demandeur - se fonde le diagnostic des douleurs encéphaliques et cervico-occipitales ne sont pas établies, ce qui rend ce diagnostic sujet à caution.

A cela s'ajoute que les autres médecins qui ont examiné le demandeur sont partagés s'agissant de l'existence des troubles cervico-neurologiques, cas échéant quant à leur lien avec l'accident. Le Dr R. _____ a diagnostiqué une nuque à mobilité modérément limitée. A lire son rapport, il ne retient pas le lien de causalité avec l'accident. Le Professeur O. _____ et le Dr A. _____ indiquent également avoir constaté une nuque à mobilité légèrement réduite un peu plus douloureuse vers la gauche et une discrète contracture paracervicale. Ils ont en revanche retenu que les « cervicalgies » étaient post-traumatiques en particulier en raison du choc - qui n'est pas établi - contre le pare-brise. Le Dr L. _____, lui, n'a pas retenu de cervicalgies, ni de douleurs

occipitales. A lire son rapport, il n'y avait pas de limitation de la mobilité cervicale, ni de contracture paracervicale. A la suite d'un examen radiologique, les Drs Y._____ et B._____ avaient exclu l'existence de lésions au niveau de la charnière cervico-occipitale et de la colonne cervicale. Quant au Dr R._____, il n'avait pas d'explication neurologique pour les troubles sensitifs de l'hémicrâne et de l'hémitrunc postérieur gauches. Au vu des divergences ressortant de ces avis médicaux et faute d'attester clairement le lien de causalité naturelle avec l'accident litigieux, on ne saurait considérer que l'accident en cause a provoqué des douleurs encéphaliques, cervico-occipitales chroniques.

S'agissant des problèmes de l'équilibre, l'instruction a établi qu'en 1992 et 1993, le demandeur a été examiné par les Dr L._____ et R._____, parce qu'il se plaignait de sensations vertigineuses. Aucun de ces praticiens n'a objectivé les plaintes du demandeur. Si le Professeur O._____ et le Dr A._____ admettent qu'il s'agit d'une véritable pathologie, ils ne retiennent pas un lien avec l'accident. Ils sont d'avis que les sensations vertigineuses ont toujours existé et que le trouble de l'équilibre à la date de leur rapport avait une composante indépendante de l'accident. Le Dr K._____, qui a indiqué que des tests effectués avaient révélé une pathologie, ne se prononce pas directement sur le lien de causalité entre les problèmes d'équilibre et l'accident. Le Professeur H._____ qui fait état du trouble vestibulaire ne se prononce pas non plus sur le lien de causalité avec l'accident. Compte tenu de ces avis médicaux imprécis, voire divergents, il n'est pas possible d'affirmer que les problèmes d'équilibre sont consécutifs à l'accident litigieux.

La même considération s'impose s'agissant des autres symptômes : céphalées, fatigabilité, manque de récupération et nausées. En effet, le Dr L._____ a retenu les hémicrâniés gauches, sans préciser s'ils sont en rapport de causalité avec l'accident. Les Professeur O._____ et Dr A._____ ont retenu ce lien, mais leur avis n'est pas partagé par les autres médecins qui ont examiné le demandeur. En effet, le Dr M._____

considère que les céphalées ne sauraient plus, au 15 novembre 1991, être attribuables à l'accident. Le Dr R._____ va dans ce sens, en expliquant que la survenue de céphalées, d'une fatigabilité et d'un manque de récupération était typique d'un syndrome post-commotionnel, qu'il n'avait toutefois pas d'explication neurologique pour ces troubles et considérait qu'à cette date, presque deux ans après l'accident, ils ne pouvaient être mis en lien avec l'accident, mais à un facteur étranger à celui-ci, tel que la personnalité du demandeur. Sous réserve du seul certificat médical établi par le Dr I._____, aucun autre rapport médical n'a objectivé les problèmes de fatigabilité, manque de récupération et nausées et surtout, leur lien de causalité avec l'accident en cause, lequel n'est pas établi.

L'instruction a en revanche révélé que la formation d'un névrome cicatriciel et certains troubles de la vue sont consécutifs à l'accident du 18 octobre 1991.

Pour les problèmes de la vue, en 1991 et 1992, les Dr M._____ et F._____, tous deux ophtalmologues, avaient retenu une myopie droite et une hypotension rétinienne et exclu le lien de causalité avec l'accident. A une date que l'instruction n'a pas permis de préciser, en tout cas après l'appréciation médicale du Dr N._____ du 21 novembre 1995, une altération du champ visuel à l'œil gauche a été constatée. Dans leur rapport du 5 septembre 2001, les Professeur O._____ et Dr A._____ semblent critiquer le diagnostic posé par les Dr M._____ et F._____, pour le motif qu'il ne faisait pas apparaître une éventuelle atteinte du champ visuel de l'œil gauche. Ces praticiens se réfèrent à un rapport établi en 1997. En octobre 2002, un scotome à l'œil gauche a été documenté. Dans leur courrier du 28 février 2003, les Professeur O._____ et Dr A._____ ont relevé que le service de neuro-ophtalmologie de Genève avait confirmé la contusion du nerf optique gauche (diagnostiquée comme probable en janvier 2002), associée également à un trouble de la motilité oculaire post-traumatique. Sur la base de ce constat, les Professeur O._____ et Dr A._____ ont retenu que la prise de lunettes était due à des troubles accidentels. L'avis de ces praticiens sur le scotome est motivé et n'est pas contredit par un autre

élément au dossier. La cour n'a donc pas de motif de s'écarter de ce diagnostic, si bien qu'elle considère que l'altération du champ visuel de l'œil gauche est due à l'accident litigieux.

Il résulte également de l'instruction que les rapports médicaux du Dr L._____, du Dr R._____ et des Professeur O._____ et Dr A._____ retiennent tous une hypoesthésie dans la région frontale gauche (sur le territoire du V1 gauche) ainsi qu'une cicatrice sus-orbitaire gauche. Le 21 novembre 1995, le Dr N._____, médecin de la CNA, reconnaissait également qu'« une lésion partielle du nerf sus-orbitaire gauche » correspondait à une pathologie précise et clairement en relation avec l'accident en cause. Enfin, le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 6 novembre 1998, a retenu, sur la base des rapports médicaux, une lésion nerveuse superficielle sur la plaie frontale gauche. Le demandeur a subi deux interventions chirurgicales en 1999 et 2003 dans le but de réséquer un névrome qui s'était formé dans la région cicatricielle. Au vu de ces rapports médicaux convergents, le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident litigieux, l'hypoesthésie et la cicatrice sus-orbitaire dans la région frontale gauche doit être admis.

En définitive, le demandeur ayant refusé de collaborer à l'expertise médicale judiciaire, qui aurait permis de trancher entre les avis médicaux divergents, il échoue à prouver que les symptômes autres que le scotome à l'œil gauche, l'hypoesthésie ainsi qu'une cicatrice sus-orbitaire dans la région frontale gauche constituent des atteintes à sa santé et qu'ils sont en lien de causalité naturelle avec l'accident litigieux.

IX. Le demandeur a pris des conclusions en réparation de la perte de gain, de l'atteinte à l'avenir économique ainsi que du dommage ménager actuel et futur.

a) Aux termes de l'art. 62 al. 1 LCR, le mode et l'étendue de la réparation sont régis par les principes du code des obligations concernant les actes illicites, soit les articles 45 et 46 CO (Brehm, RC, op. cit., n. 212). Selon l'art. 46 al. 1 CO, en cas de lésions corporelles, la victime a droit à la

réparation du dommage qui résulte de son incapacité de travail totale ou partielle, ainsi que de l'atteinte portée à son avenir économique. La loi fait ainsi une distinction entre la perte de gain actuelle, qui s'est produite du jour de l'accident jusqu'à celui de la décision de la juridiction cantonale devant laquelle on peut alléguer pour la dernière fois des faits nouveaux (ATF 129 III 135 c. 2.3.2, JT 2003 I 511; ATF 125 III 14 c. 2c, JT 1999 I 359), et la perte de gain future, pour l'éventualité où l'incapacité de travail dure toujours parce que le lésé est devenu totalement ou partiellement invalide (TF 4C.324/2005 du 5 janvier 2006 c. 3.2 et la jurisprudence citée). Pour le Tribunal fédéral, cette distinction n'a d'autre fonction que celle de faciliter le travail de calcul du juge : il s'agit en fait de deux postes du même préjudice. Les principes présidant au calcul de ces deux postes du dommage sont donc les mêmes (TF 4C.324/2005 du 5 janvier 2006, c. 3.2 ; TF 4C.101/2004 du 29 juin 2004 c. 3.2.1; TF 4C.252/2003 du 23 décembre 2003 c. 2.1).

Le préjudice de l'art. 46 al. 1 CO en cas de lésion corporelle résulte de l'impossibilité pour la victime d'utiliser pleinement sa capacité de travail; il suppose que cette entrave cause un préjudice économique; ce qui est déterminant, est non pas l'atteinte à la capacité de travail comme telle, mais la diminution de la capacité de gain. La diminution de la capacité de travail, comprise comme une atteinte au potentiel de création de valeurs, doit dès lors être assortie d'un préjudice, soit d'un revenu plus bas ou d'une augmentation des charges, pour être indemnisée au titre de la perte de gain (Schaetzle, in Münch/Geiser (ed), Schaden - Haftung - Versicherung, n. 9.20, p. 407/408).

Selon la jurisprudence (ATF 131 III 360 c. 5.1, JT 2005 I 502; ATF 129 III 135 c. 2.2, JT 2003 I 511 et les références citées), le dommage consécutif à l'invalidité doit, autant que possible, être établi de manière concrète. Le juge partira du taux d'invalidité médicale (ou théorique) et recherchera ses effets sur la capacité de gain ou l'avenir économique du lésé. On est en présence d'une invalidité médicale ou théorique lorsque, après un traitement médical, un préjudice physique ou psychique demeure et qu'on doit considérer qu'il n'est plus possible de remédier à

celui-ci. Le degré d'invalidité médicale sert ensuite de base à l'évaluation du degré d'incapacité de gain. Une fois le premier déterminé à partir d'expertises, il s'agit pour le tribunal d'apprécier l'incidence concrète de l'invalidité sur la capacité du lésé d'exercer une activité lucrative (ATF 136 III 222 c. 4.1.1, JT 2010 I 547; ATF 129 III 135 c. 2.3.2.2 précité, JT 2003 I 511; TF 4C.234/2006 du 16 février 2007 c. 3.1 ; Werro, op. cit., nn. 21 et 22 ad art. 46 CO). La différence entre le revenu de valide (revenu hypothétique qui aurait pu être réalisé sans l'accident) et le revenu d'invalidé (revenu qui peut être réalisé après l'accident) représente le dommage concret issu de l'incapacité de travail (TF 4C.252/2003 du 23 décembre 2003 c. 2.1; ATF 99 II 214 c. 3a, SJ 1974 p. 249).

c) Le préjudice ménager ou dommage domestique correspond à la perte de la capacité d'exercer des activités non rémunérées, telles que la tenue du ménage, ainsi que les soins et l'assistance fournies aux enfants. Ce type de préjudice donne droit à des dommages-intérêts en application de l'article 46 alinéa 1er CO, peu importe qu'il ait été compensé par une aide extérieure, qu'il occasionne des dépenses accrues de la personne partiellement invalide, qu'il entraîne une mise à contribution supplémentaire des proches ou que l'on admette une perte de qualité des services. Ce qui doit être réparé, c'est en effet la perte de valeur économique résultant de l'atteinte à la capacité d'effectuer les travaux ménagers, soit un dommage normatif qui doit être réparé de par la loi sans preuve de la perte patrimoniale effectivement subie (ATF 132 III 321 c. 3.1, JT 2006 I 447; ATF 131 III 360 c. 8.1 et les arrêts cités). Pour procéder à l'évaluation du temps nécessaire aux activités ménagères, le juge peut soit se prononcer de façon abstraite, en se fondant exclusivement sur des données statistiques, soit prendre en compte les activités effectivement réalisées par le soutien dans le ménage (ATF 132 III 321 c. 3.1, JT 2006 I 447).

L'évaluation du dommage ménager suppose que le juge du fait examine l'incidence effective de l'invalidité médicale sur la capacité du lésé à accomplir des tâches ménagères. Il est tout à fait possible que le handicap dont souffre le lésé n'exclue pas la poursuite d'une telle activité

ou ne commande qu'une faible diminution de celle-ci; inversement, il se peut qu'une certaine affection génère, sur le plan du dommage domestique, des effets sans commune mesure avec le taux d'invalidité médicale qui s'y rapporte (ATF 129 III 135 c. 4.2.1). Le seul fait que le juge puisse juger abstraitement de l'étendue du préjudice ménager ne signifie pas encore que le simple renvoi à des valeurs statistiques soit suffisant, sans égard à la situation concrète du cas d'espèce. Ainsi, seul celui qui exerçait avant l'accident une activité ménagère peut prétendre à une réparation du dommage ménager (TF 4C.166/2006 c. 5.1 du 25 août 2006).

d) En l'espèce, le demandeur soutient qu'il est incapable de travailler à 100%. On rappelle à cet égard que les seules séquelles de l'accident établies sont une hypoesthésie et une cicatrice sus-orbitaire sur le front gauche ainsi qu'un trouble visuel qui engendre le port de lunettes pour le demandeur. Au vu des séquelles avérées, il n'y a très vraisemblablement pas d'incapacité de travail. En tous les cas, comme précédemment exposé, l'instruction n'a pas permis de retenir que le demandeur est incapable de travailler. L'avis des Professeur O. _____ et Dr A. _____, selon lequel le demandeur ne pourrait plus continuer dans son activité de peintre, mais dans une activité autre qui n'exige pas un travail avec la nuque en extension, telle qu'une activité d'informaticien, se fonde sur les séquelles de l'accident (les cervicalgies) qui n'ont précisément pas été retenues par la cour, vu les avis divergents sur l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident, et d'ailleurs sur la réalité de ces troubles. Au surplus, si l'essai de reclassement dans la profession d'informaticien a échoué, on ne sait pas si cela était dû aux atteintes à la santé imputables à l'accident. Les motifs pour lesquels un taux d'invalidité de 70 % a été fixé dans la transaction judiciaire passée avec la CNA ne sont pas non plus connus, si bien que ce taux ne peut être pris en considération. Seule une expertise judiciaire aurait permis de clarifier ce qu'il en est de la capacité de travail actuelle du demandeur dans son activité de peintre ou dans toute autre activité. Dans cette mesure, on doit considérer que le demandeur a échoué à prouver son

incapacité de travail et qu'il n'est pas possible dans ces conditions d'entrer en matière sur sa perte de gain passée et future.

S'agissant du préjudice ménager, il n'est pas démontré dans quelle mesure les séquelles avérées auraient une incidence sur la capacité de s'occuper des tâches ménagères et de l'éducation des enfants. Au surplus, le demandeur a échoué à prouver quelles étaient ses activités ménagères avant l'accident, ce que le recours à la méthode abstraite de calcul du dommage ménager exige de toute manière.

Au vu de ce qui précède, les conclusions du demandeur en allocation de dommages-intérêts pour perte de gain ou préjudice ménager devraient de toute manière être rejetées.

X. Le demandeur a encore conclu à l'allocation d'une indemnité pour tort moral de 70'000 francs.

Aux termes de l'art. 47 CO, applicable par renvoi de l'art. 62 al. 1 LCR, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles une indemnité équitable à titre de réparation morale. L'indemnité a pour but exclusif de compenser le préjudice que représente une atteinte au bien-être moral. Le principe d'une indemnisation du tort moral et l'ampleur de la réparation dépendent d'une manière décisive de la gravité de l'atteinte et de la possibilité d'adoucir de façon sensible, par le versement d'une somme d'argent, la douleur physique ou morale (TF 4A_227/2007 du 26 septembre 2007 c. 3.7.2, publié in SJ 2008 I 177; TF 4C.263/2006 du 17 janvier 2007 c. 7.3; ATF 132 II 117 c. 2.2.2; ATF 130 III 699 c. 5.1, rés. in JT 2006 I 193; ATF 129 IV 22 c. 7.2, rés. in JT 2006 IV 182; ATF 125 III 412 c. 2a, JT 2006 IV 118; ATF 123 III 306 c. 9b, rés. in JT 1998 I 27; ATF 118 II 404 c. 3b/aa, JT 1993 I 736).

Les circonstances particulières visées par l'art. 47 CO consistent dans l'importance de l'atteinte à la personnalité du lésé, l'art.

47 CO étant un cas d'application de l'art. 49 CO. Les critères d'appréciation sont avant tout le type et la gravité de l'atteinte, l'intensité et la durée de ses conséquences sur la personnalité de la victime, ainsi que le degré de culpabilité de l'auteur (ATF 127 IV 215 c. 2a, JT 2003 IV 129; Werro, RC, op. cit., n. 1289, p. 328). Les lésions corporelles, qui englobent tant les atteintes physiques que psychiques, doivent en principe impliquer une importante douleur physique ou morale ou avoir causé une atteinte durable à la santé (TF 4A_227/2007 du 26 septembre 2007 c. 3.7.2, publié in SJ 2008 I 177). Parmi les autres circonstances qui peuvent justifier l'application de l'art. 47 CO figurent aussi une longue période de souffrance et d'incapacité de travail (TF 4A_227/2007 du 26 septembre 2007 c. 3.7.2, publié in SJ 2008 I 177 et les références citées).

Alors que le calcul du dommage se fonde autant que possible sur des données objectives, l'évaluation du tort moral échappe à une appréciation rigoureuse, puisqu'elle concerne des valeurs par définition non mesurables. En effet, nul ne peut réellement évaluer la souffrance d'autrui (Werro, RC, op. cit., n. 1271, p. 324). Pour échapper à cette impasse, on demande au juge d'évaluer le tort moral en usant de son pouvoir d'appréciation. Dans la mesure où le juge possède à cet égard un pouvoir relativement important, le risque existe toutefois qu'en pratique, les montants alloués varient fortement d'un tribunal à l'autre, ce qui porte incontestablement atteinte aux principes de l'égalité entre justiciables et de la sécurité du droit (Guyaz, L'indemnisation du tort moral en cas d'accident, in SJ 2003 II 1 ss, spéc. p. 27, cité ci-après : Guyaz, L'indemnisation). Dans ce contexte, une partie de la doctrine a développé la méthode dite des deux phases (aussi dans ce sens, Werro, RC, op. cit., n. 1269, p. 323; Hütte/Ducksch/Gross, Le tort moral, 3^{ème} éd., avril 1996, p. I/62a, n. 7.4).

En premier lieu, il faut comparer les faits qui sont soumis au juge aux différents cas d'espèce déjà jugés. En ce qui concerne le tort moral en cas de lésions corporelles, on peut se fonder sur les tables que la pratique a établies. On détermine ainsi un montant de base à allouer au lésé, en fonction de la gravité objective de l'atteinte, qui offre une échelle

de grandeur (Werro, RC, op. cit., n. 1273, p. 324; Hütte/Ducksch/Gross, op. cit., p. I/63a, n. 7.4). Le montant de base pour une invalidité complète était estimé entre les années 1998 et 2002 à 100'000 fr. et entre 2003 et 2005 de 100'000 fr. à 110'000 francs. En cas de lésions graves ayant laissé des séquelles physiques ou psychiques importantes, des montants compris entre 20'000 fr. et 50'000 fr. ont été alloués (ATF 116 II 733, SJ 1991 p. 333; ATF 116 II 295, JT 1991 I 38; ATF 112 II 118, rés. in JT 1986 I 506; ATF 112 II 138, rés. in JT 1986 I 596; ATF 108 II 59, rés. in JT 1982 I 285). Des lésions de moyenne gravité entraînant une invalidité partielle et une incapacité de gain temporaire ont pu être indemnisées par des montants compris entre 1'000 fr. et 20'000 francs (ATF 123 III 204, JT 1999 I 9; ATF 110 II 163, rés. in JT 1985 I 26; ATF 102 II 232, rés. in JT 1977 I 122; ATF 102 II 18, rés. in JT 1976 I 319; ATF 82 II 25, JT 1956 I 324).

En second lieu, partant du montant de base, le juge fait usage de son pouvoir d'appréciation pour augmenter ou diminuer ce dernier, en fonction des circonstances du cas concret, telles que la souffrance effectivement ressentie par la victime, la faute particulièrement grave du responsable, ou les circonstances particulièrement horribles de l'accident. La pratique retient les mêmes critères et les applique lorsqu'elle doit se prononcer sur l'existence du tort moral (Werro, RC, op. cit., n. 1276, p. 325 et n. 1286 p. 327 s.; Hütte/Ducksch/Gross, op. cit., p. I/63a, n. 7.4 et p. I/71a, nn. 7.6 ss).

De manière générale, le responsable est tenu de réparer le dommage actuel tel qu'il a effectivement été subi (ATF 132 III 321 c. 2.2.1, JT 2006 I 447). Dans le domaine du droit de la responsabilité civile, l'interdiction de l'enrichissement est un principe général reconnu qui exclut d'allouer des dommages et intérêts à un lésé qui seraient supérieurs au préjudice subi en raison d'un événement dommageable (ATF 131 III 12 c. 7.1 et les réf. citées, JT 2005 I 488). A cet égard, le Tribunal fédéral reconnaît que l'indemnité versée par l'assurance-accident pour atteinte à l'intégrité peut être déduite du montant reconnu en réparation du tort moral (TF 4A_77/2011 du 20 décembre 2011 c. 4.7).

c) En l'espèce, il est établi que le demandeur doit porter des lunettes pour corriger partiellement le trouble de la vue et qu'il a une cicatrice et une hypoesthésie au front à gauche. Ces lésions peuvent être qualifiées de faible gravité. L'instruction n'a pas établi d'autres séquelles ou, comme précédemment exposé, une incapacité de travailler. Compte tenu des seules séquelles avérées, on doit considérer que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% (soit 14'580 fr.) allouée par la CNA couvre déjà les souffrances morales subies par le demandeur.

XI. Le demandeur a enfin conclu au remboursement des honoraires d'avocat avant procès, par 40'000 francs.

Le dommage dont il est possible de demander réparation comprend les frais de l'intervention d'un avocat pour autant que l'intervention d'un homme de loi ait été justifiée (TF 4C. 397/1999 du 18 juillet 2000 ; TF 4A_77/2011 du 20 décembre 2011 c. 5.2).

En l'espèce, les prétentions du demandeur doivent être totalement rejetées, notamment parce qu'elles sont prescrites. On ne saurait dès lors considérer que la défenderesse est responsable des honoraires payés pour des prétentions infondées. Compte tenu de l'issue du litige, l'intervention des hommes de loi n'apparaissait pas justifiée, si bien que la prétention du demandeur pour le remboursement des honoraires d'avocat avant procès doit être rejetée.

XII. Obtenant gain de cause, la défenderesse a droit à des dépens, à la charge du demandeur, qu'il convient d'arrêter à 61'666 fr. 65 , savoir :

- a 50'00 fr à titre de participation aux honoraires de
) 0 . son conseil;
- b 2'500 fr pour les débours de celui-ci;
) .
- c) 9'166 fr 65 en remboursement de son coupon de
. justice.

**Par ces motifs,
la Cour civile,
statuant à huis clos,
prononce :**

- I. Les conclusions prises par le demandeur A.W. _____ contre la défenderesse V. _____, selon demande du 7 août 2006, sont rejetées.
- II. Les frais de justice sont arrêtés à 50'021 fr. 25 (cinquante mille vingt-et-un francs et vingt-cinq centimes) pour le demandeur et à 9'166 fr. 65 (neuf mille cent soixante-six francs et soixante-cinq centimes) pour la défenderesse.
- III. Le demandeur versera à la défenderesse le montant de 61'666 fr. 65 (soixante-et-un mille six cent soixante-six francs et soixante-cinq centimes) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

P. Hack

E. Umulisa Musaby

Du

Le jugement qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 15 mars 2013, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Les parties peuvent faire appel auprès de la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal dans les trente jours dès la notification du présent jugement en déposant auprès de l'instance d'appel un appel écrit et

motivé, en deux exemplaires. La décision qui fait l'objet de l'appel doit être jointe au dossier.

Le greffier :

E. Umulisa Musaby