

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 20 septembre 2024

---

Composition : Mme CRITTIN DAYEN, présidente  
Mmes Courbat et Cherpillod, juges  
Greffière : Mme Umulisa Musaby

\*\*\*\*\*

**Art. 8 CC ; 46 al. 1, 97 al. 1 et 398 al. 2 CO ; 157 CPC ; 74 al. 2  
LPGA**

Statuant sur l'appel interjeté par **V.C**\_\_\_\_\_, à Vulliens, demanderesse, contre le jugement rendu le 1<sup>er</sup> juin 2023 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause la divisant d'avec **H.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

## **En fait :**

**A.** Par jugement directement motivé du 1<sup>er</sup> juin 2023, notifié à la demanderesse le lendemain, la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : la CPAT ou les premiers juges) a rejeté la demande déposée le 9 décembre 2011 par la demanderesse V.C.\_\_\_\_\_ contre la défenderesse H.\_\_\_\_\_ (I), a statué sur les frais judiciaires, les dépens ainsi que l'indemnité d'office du conseil de la demanderesse, Me Laurent Damon, et a relevé celui-ci de sa mission (II à VI).

Par demande du 9 décembre 2011, la CPAT avait été saisie par la demanderesse qui réclamait à la défenderesse la somme de 3'187'564 fr., à titre de dommages-intérêts pour le dommage d'assistance occasionné par la mauvaise exécution du contrat de mandat. Il était reproché à la défenderesse, médecin gynécologue, de ne pas avoir détecté que l'enfant que portait la demanderesse lors de sa troisième grossesse souffrait d'une grave malformation « *spina bifida* ». En 2013, la CPAT a rendu un jugement partiel, qui a fait l'objet d'un appel, ainsi que d'un recours au Tribunal fédéral. Le jugement attaqué du 1<sup>er</sup> juin 2023 est consécutif aux arrêts de renvoi rendus le 8 octobre 2014 par le Tribunal fédéral et le 6 janvier 2015 par la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal (ci-après : la CACI). La CPAT a constaté que la violation du devoir de diligence par la défenderesse avait été confirmée et que la cause lui avait été renvoyée pour instruction sur le lien de causalité et la quotité du dommage et nouvelle décision. La CPAT a retenu qu'on se trouvait dans un cas de « *wrongful birth case* », tel que défini par la jurisprudence, et que le principe de l'existence d'un dommage subi par la demanderesse était établi à tout le moins pour la période de la minorité de l'enfant. L'obligation d'entretien d'un mineur que la loi imposait à la demanderesse en sa qualité de parent constituait une dette à sa charge qui ne serait pas née sans la naissance de l'enfant. S'agissant de la question du lien de causalité, elle a considéré que la violation par la défenderesse des règles de l'art – en ne percevant pas un signe d'appel échographique et en ne procédant pas à tous les examens complémentaires recommandés – était

en soi propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à produire un effet du genre de celui qui était réalisé, à savoir de commettre une erreur de diagnostic prénatal et d'empêcher la patiente de disposer du choix d'interrompre, cas échéant, sa grossesse. La demanderesse n'avait pas à démontrer qu'elle aurait interrompu sa grossesse, seul comptant le fait qu'elle ait perdu la possibilité de choisir de ne pas mettre au monde un enfant atteint d'un handicap. Procédant enfin à l'examen du calcul du dommage, les juges de la CPAT ont relevé que la demanderesse n'avait ni allégué ni réclamé l'indemnisation des frais d'entretien de l'enfant mais qu'elle réclamait un manque à gagner du fait qu'elle avait été empêchée d'exercer une activité lucrative (dommage d'assistance). Sur la base de l'expertise médicale et de l'expertise économique, ils ont retenu que le dommage actuel se montait à 843'298 fr. 50. Après avoir retenu que les prestations versées jusqu'à la majorité de l'enfant par les assurances sociales et l'assureur responsabilité civile de l'intimée à hauteur de 1'256'607 fr. 95 dépassaient de 413'309 fr. 45 le montant du dommage, ils ont considéré que le dommage de la demanderesse avait été entièrement réparé. Enfin, ils ont rejeté la conclusion de la demanderesse tendant au remboursement de ses frais de défense à hauteur de 160'000 fr. pour le motif que celle-ci n'avait apporté aucun élément justifiant ce poste du dommage.

**B.**

**1.** Par pli du 3 juillet 2023, V.C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'appelante) a formé appel contre ce jugement, concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimée) soit reconnue sa débitrice et lui doive la somme de 896'695 fr. 10 à titre de préjudice d'assistance, avec intérêt de 5% dès le 15 août 2009 (date moyenne), dont à déduire le montant total de 151'500 fr. versé par l'assureur responsabilité civile de l'intimée.

Par ordonnance du 25 septembre 2023, la Juge déléguée de la Cour de céans a accordé à l'appelante le bénéfice de l'assistance judiciaire

avec effet au 3 juillet 2023 et a désigné l'avocat Laurent Damond en qualité de conseil d'office.

**2.** Par réponse du 27 octobre 2023, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de l'appel dans la mesure où il était recevable.

**3.** Par avis du 21 décembre 2023, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger, qu'il n'y aurait pas d'autre échange d'écritures et qu'aucun fait ou moyen de preuve nouveau ne serait pris en compte.

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

**1.**

**1.1** L'appelante est une femme au foyer, née le 25 mai 1975.

L'intimée est gynécologue indépendante depuis 1993. Elle est titulaire d'un certificat d'aptitude technique en ultrasonographie prénatale régulièrement renouvelé.

**1.2** Le 26 mai 1999, dans le cadre de sa troisième grossesse, l'appelante a consulté l'intimée. Le 2 janvier 2000, à l'âge de 24 ans, elle a accouché d'un enfant prénommé V.B.\_\_\_\_\_. Ce dernier est ainsi devenu majeur le 2 janvier 2018.

Le document de sortie du 18 janvier 2000 du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : CHUV) concernant V.B.\_\_\_\_\_ indique un diagnostic de malformation d'Arnold-Chiari type II, comprenant une myéloméningocèle avec dysraphisme de L4 à S1-2, syringomyélie, dilatation ventriculaire des cornes postérieures, petite fosse postérieure, tentorium bas et ectopie amygdalienne. Cette grave malformation est communément appelée « *spina bifida* ».

**1.3** A la requête de [...] - père de V.B.\_\_\_\_\_ qui a par la suite cédé toutes les prétentions en lien avec la présente affaire à l'appelante -, une expertise extrajudiciaire a été confiée par la Fédération des médecins suisses (FMH) à la Dresse [...], spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, à propos de la prise en charge de la grossesse de l'appelante et de la naissance de V.B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 18 février 2002, cette praticienne a déclaré que ce dernier, alors âgé de deux ans, souffrait d'une paralysie au niveau des membres inférieurs, avec atteinte des fonctions sphinctériennes anale et urinaire, son développement intellectuel étant normal. Dans ses conclusions, elle a exposé que la Dresse H.\_\_\_\_\_ avait été faussement rassurée par le test de dépistage de l'alpha-foetoprotéine (AFP) qui s'était révélé négatif, que les photographies du crâne prises lors de la grossesse (à 14 et à 20 semaines) étaient « fortement suggestives des anomalies crâniennes qui accompagnent les *spina bifida* » (déformation des os frontaux en forme de citron ou « *lemon sign* ») et que la Dresse H.\_\_\_\_\_, ne tenant pas compte de ce signe d'appel, n'avait pas procédé à des examens complémentaires (i. e. mesure du cervelet et des ventricules latéraux) à la recherche d'un défaut de fermeture du tube neural. Pour la Dresse [...], une faute médicale pouvait être retenue à l'encontre de H.\_\_\_\_\_.

## **2.**

### **2.1**

**2.1.1** Par demande du 9 décembre 2011 adressée à la CPAT, l'appelante a conclu à ce que l'intimée soit reconnue sa débitrice et lui doive immédiat paiement de la somme de 4'016'257 fr., sous déduction de la somme totale de 758'693 fr. d'acomptes, soit un montant de 3'187'564 fr., intérêts compensatoires compris, à titre de dommages et intérêts pour le dommage d'assistance occasionné par la mauvaise exécution de son contrat de mandat et à ce que l'intimée soit reconnue sa débitrice et lui doive immédiat paiement de la somme de 160'000 fr. à titre d'honoraires pour les frais d'intervention de ses conseils respectifs.

Dans ses allégués (all. 220 ss), l'appelante a précisé que le « dommage direct passé » s'élevait à 679'918 fr., son « dommage direct

futur» à 2'446'567 fr., les intérêts compensatoires à 131'080 fr., de sorte que le « dommage direct total avec intérêts compensatoires » se montait à 3'257'564 fr. et le « dommage du recours passé et futur» à 758'693 francs. L'appelante, fondée sur ce qui précède, estimait avoir droit à une indemnité de 4'016'257 fr., sous déduction de la somme totale de 758'693 fr. et d'acomptes versés par l'intimée d'un montant de 70'000 fr., soit un montant total de 3'187'564 francs.

Par réponse du 31 mai 2012, l'intimée a conclu, avec suite de frais, au rejet de la demande.

**2.1.2** Par ordonnance du 24 septembre 2012, la Juge déléguée de la CPAT a limité la procédure à la question de la responsabilité de l'intimée dans un premier temps (I).

Par avis du 18 janvier 2013, elle a informé les parties que la question du lien de causalité ne serait examinée que si et seulement si une erreur médicale pouvait être reprochée à l'intimée.

Par jugement rendu sous forme de dispositif le 30 janvier 2013 et sous forme motivée le 20 septembre 2013, la CPAT a admis le principe de la responsabilité de l'intimée (I).

**2.1.3** Par arrêt du 12 mars 2014, la CACI a rejeté l'appel formé par l'intimée (I) et confirmé le jugement qui précède (II).

**2.1.4** Par arrêt du 8 octobre 2014 (TF 4A\_267/2014), la I<sup>re</sup> Cour de droit civil du Tribunal fédéral a admis le recours formé par l'intimée, annulé l'arrêt attaqué et renvoyé la cause à la cour cantonale pour instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

Le Tribunal fédéral a retenu en substance qu'en examinant, outre la condition de l'existence d'une violation des règles de l'art médical, le point de savoir si l'exigence du rapport de causalité était également remplie, la Chambre patrimoniale cantonale avait enfreint le droit de

l'intimée à une procédure équitable, dès l'instant où cette autorité ne s'était pas tenue aux assurances qu'avait données la Juge déléguée dans son avis adressé aux parties le 18 janvier 2013 quant au déroulement du procès. En confirmant l'arrêt déféré, la CACI avait également enfreint la garantie de la recourante à voir sa cause traitée équitablement et violé son droit d'être entendu, la recourante ayant été privée du droit de faire administrer des moyens de preuve sur la condition du rapport de causalité. Le Tribunal fédéral a en revanche confirmé l'arrêt de la CACI s'agissant de la violation du devoir de diligence du médecin.

**2.2** Par arrêt du 6 janvier 2015, la CACI a admis partiellement l'appel (I) et a réformé le chiffre I du dispositif du jugement de la Chambre patrimoniale cantonale du 30 janvier 2013 (II) en ce sens que le principe d'une violation fautive d'une obligation de diligence de l'intimée était admise (II/I). Par économie de procédure, elle a renvoyé le dossier à la Chambre patrimoniale cantonale pour instruction sur le lien de causalité et décision sur la quotité du dommage.

**2.3** Le 20 novembre 2015, la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale a tenu une audience d'instruction et de premières plaidoiries.

**2.3.1** Par ordonnance de preuves du 4 février 2016, la Juge déléguée a, notamment, ordonné la mise en œuvre de deux expertises – dont il sera question ci-dessous (cf. ch. 6 et 7) –, l'une portant sur les aspects médicaux (évaluation de l'étendue de l'atteinte à la santé de V.B.\_\_\_\_\_, des soins quotidiens nécessaires, ainsi que la détermination de l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et le dommage), l'autre sur les aspects économiques (quotité du dommage). L'expertise médicale a été confiée au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et l'expertise économique à W.\_\_\_\_\_, expert agréé LPP, actuaire ASA et directeur général adjoint de la société [...].

**2.3.2** Lors de l'audience d'instruction du 22 septembre 2016, la Juge déléguée a entendu les témoins [...], enseignante, [...], infirmière en santé

communautaire, retraitée, S.\_\_\_\_\_, amie de l'appelante, et T.\_\_\_\_\_, belle-sœur de l'appelante. Ces deux derniers témoins ont déclaré penser que si l'appelante avait eu connaissance « du dommage », elle aurait procédé à une interruption volontaire de grossesse et « qu'elle avait été privée du choix de le faire en raison de l'omission de l'intimée ».

**2.3.3** Par courriers des 8 mai et 15 juillet 2019, l'appelante a produit des décisions suivantes, rendues par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois (ci-après : la CASSO). Il sera revenu plus loin sur les cinq premiers arrêts ci-dessous (cf. ch. 4.2 et consid. 2), le dernier arrêt cité ci-dessous (AI 150/18-209/2019) étant un recours contre le rejet de la demande d'assistance judiciaire. Il n'est pas concerné par la présente procédure.

- Arrêt du 13 juillet 2018 n° AI 179/18 - 219/2018 ;
- Arrêt du 13 juillet 2018 n° AI 190/18 - 220/2018 ;
- Arrêt du 20 décembre 2018 n° AI 195/18 - 371/2018 ;
- Arrêt du 20 décembre 2018 n° AI 211/18 - 372/2018 ;
- Arrêt du 8 juillet 2019 n° AI 167/18 et 239/18 - 210/2019 ;
- Arrêt du 8 juillet 2019 n° AI 150/18 - 209/2019.

**2.3.4** Le 12 octobre 2022, la CPAT a tenu l'audience de plaidoiries finales, lors de laquelle le conseil de l'appelante a renoncé à l'interrogatoire de sa mandante.

**2.3.5** Par courrier du 20 décembre 2022, la Juge déléguée de la CPAT a informé les conseils des parties que, sauf objection de leur part d'ici au 3 janvier 2023, le jugement à intervenir serait notifié directement motivé.

### **3.**

**3.1** En cours de procédure, les parties ont admis que « s'agissant du dommage proprement dit, (...) V.B.\_\_\_\_\_ n'a pas nécessité de soins supplémentaires par rapport à un autre enfant jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2001 » (all. 212A).

**3.2** L'état de santé de V.B.\_\_\_\_\_ a évolué au fil des ans, les principales affections actuelles se situant au niveau urologique et au niveau rachidien. Depuis 2010, son état de santé s'est péjoré, nécessitant de nombreuses hospitalisations et des moyens auxiliaires supplémentaires, dont notamment depuis août 2010 une machine pour l'aider à respirer. Sur le plan scolaire, V.B.\_\_\_\_\_ s'est bien développé et a pu suivre une scolarité dans le circuit ordinaire.

**3.3** L'appelante a employé une fille au pair payée entre 800 fr. 1'000 fr. par mois depuis le plus jeune âge de V.B.\_\_\_\_\_ jusqu'en 2011 ou 2012, année depuis laquelle elle dispose d'une assistance à domicile prise en charge par l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

**3.4** V.B.\_\_\_\_\_ a séjourné au Portugal du 30 juin 2016 au 17 mai 2017.

#### **4.**

**4.1** Par communication du 3 octobre 2002 adressée à [...], l'Office de l'Assurance-Invalidité (ci-après : l'OAI) a reconnu à V.B.\_\_\_\_\_ le droit à une allocation mensuelle pour contribution aux frais pour les soins à domicile jusqu'à concurrence de 1'030 francs.

Par décision du 21 octobre 2002 adressée à [...], l'OAI a accordé à V.B.\_\_\_\_\_, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2002 au 31 mai 2002, une indemnité pour impotence faible d'un montant de 7 fr. par jour puis à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 jusqu'au 31 janvier 2018, une indemnité pour impotence moyenne d'un montant de 17 fr. par jour.

Par communication du 6 mars 2003 adressée à [...], l'OAI a reconnu à V.B.\_\_\_\_\_ le droit à une contribution aux frais pour les soins à domicile jusqu'à concurrence de 1'055 fr. par mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003 jusqu'au 31 janvier 2020.

Par décision du 8 juin 2004 adressée à [...], l'OAI a octroyé à V.B.\_\_\_\_\_ une allocation pour impotence moyenne (36 fr.) ainsi qu'un supplément pour soins intenses de 8 heures par jour (42 fr. par jour) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 janvier 2018.

Par décision de l'OAI du 6 septembre 2004 adressée aux parents de V.B.\_\_\_\_\_, ces derniers ont été mis au bénéfice d'une « Allocation spéciale en faveur des familles s'occupant d'un mineur handicapé à domicile » (ci-après « AMINH ») d'un montant de 730 fr. par mois.

Par décision du 5 novembre 2007 adressée à l'appelante, l'OAI a accordé à son enfant une allocation pour impotence grave du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 31 janvier 2018 (57 fr. 40 par jour en 2006 et 59 fr. dès 2007) ainsi qu'un supplément de 8 heures par jour pour soins intenses (43 fr. par jour en 2006 et 44 fr. 20 dès 2007).

Les allocations pour impotence ainsi que les suppléments pour soins intenses versés à l'appelante pour V.B.\_\_\_\_\_ ont été revus à la hausse les 1<sup>er</sup> janvier 2008 et 2010.

**4.2** Depuis lors, l'OAI - par deux décisions rendues le 19 avril et le 2 juillet 2018 - a revu le droit à l'allocation de V.B.\_\_\_\_\_, décidant que ce dernier souffrait d'une impotence de degré moyen. Ces décisions ont fait l'objet de recours et la CASSO les a réformées par arrêt du 8 juillet 2019 (AI 167/18 et 239/18\_210/2019) - actuellement définitif et exécutoire - en ce sens que le degré moyen d'impotence était confirmé mais seulement à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018. Cet arrêt fait état des décisions antérieures suivantes :

- Par projet de décision du 20 novembre 2017, l'OAI a supprimé avec effet rétroactif l'allocation d'impotence pour mineur octroyée à l'assuré pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 avril 2017. L'OAI a considéré que l'assuré ayant quitté la Suisse pour le Portugal, les conditions d'octroi de l'allocation pour impotent n'étaient plus

remplies et a chiffré à 33'348 fr. le montant des prestations indûment perçues. L'OAI a maintenu son préavis du 20 novembre 2017 par décision du 24 avril 2018. Le recours déposé par V.B.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil Me Laurent Damond, auprès de la CASSO à l'encontre de cette décision, a été déclaré irrecevable, faute d'intérêt direct de l'enfant à l'annulation de la décision litigieuse (CASSO AI 179/18 - 219/2018). Par décision du 24 mai 2018, l'OAI a exigé la restitution de la somme de 33'348 fr. 80 pour l'allocation d'imptence versée à tort de juillet 2016 à avril 2017. Saisie d'un recours formé par l'appelante contre cette décision, la CASSO l'a rejeté par arrêt du 20 décembre 2018 (CASSO 211/18-372/2018) ;

- Par projet de décision du 20 décembre 2017, l'OAI a également supprimé avec effet rétroactif la contribution d'assistance versée en faveur de l'assuré pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 septembre 2017, chiffrant à 42'910 fr. 90 le montant des prestations indûment perçues durant cette période. L'OAI a maintenu son préavis du 20 décembre 2017 par décision du 4 mai 2018. Le recours déposé par V.B.\_\_\_\_\_ auprès de la CASSO à l'encontre de cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt du 13 juillet 2018, faute d'intérêt direct de ce dernier à l'annulation de la décision litigieuse (CASSO AI 190/18 - 220/2018). L'OAI a établi une décision de restitution en date du 7 mai 2018 portant sur le montant de 42'910 fr. 90, soit le total des contributions d'assistance servies à tort en faveur de l'assuré entre le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et fin août 2017. Saisie d'un recours formé par l'appelante contre cette décision, la CASSO l'a rejeté par arrêt du 20 décembre 2018 (CASSO 195/18 - 371/2018).

**4.3** L'appelante a admis dans ses déterminations du 6 septembre 2012 sur les allégués de l'intimée que les montants versés par les assureurs sociaux doivent être déduits du dommage global dont elle se prévaut, à titre de leur droit de recours.

**4.4** Le versement d'un « supplément pour soins intenses » ainsi que de l'indemnité AMINH étant réservé aux mineurs, V.B.\_\_\_\_\_ n'y a plus droit depuis son accession à la majorité.

## **5.**

**5.1** Entre le 28 février 2003 et le 8 septembre 2004, l'assureur responsabilité civile de l'intimée, [...], a versé des « acomptes » totalisant 151'500 fr. à « faire valoir sur l'ensemble des postes du dommage », parfois en précisant que son versement ne « saurait constituer une quelconque reconnaissance de responsabilité ou de dommage ».

**5.2** L'appelante a admis que ces montants, versés à V.B.\_\_\_\_\_ et sa famille pour les suites de son infirmité, respectivement son impotence, doivent être déduits de son dommage civil, respectivement de celui de sa famille.

**5.3** Aux termes d'une convention signée par l'appelante le 5 novembre 2003, [...] a versé en outre 50'000 fr. à titre « d'indemnité totale et finale pour le tort moral », sans que le règlement de ce montant ne constitue une « reconnaissance de responsabilité ». L'appelante ne fait pas valoir de prétention de cette nature dans la présente procédure.

## **6.**

**6.1** Dans son rapport d'expertise du 7 septembre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a d'abord rappelé son mandat. Il a observé que la demande déposée par l'appelante devant la CPAT avait pour objet une compensation financière à titre de dommages-intérêts pour « dommage d'assistance occasionné par la mauvaise exécution » du contrat de mandat par l'intimée. L'expert dit avoir été mandaté exclusivement pour « l'évaluation du dommage ». L'expert a ensuite effectué un résumé, par ordre chronologique, des pièces médicales mises à sa disposition, y compris les évaluations faites par Pro Infirmis Vaud pour l'Office AI, le Dr [...] (cf. ci-dessous, consid. 3.2.1), retraçant ainsi l'historique médical de l'enfant V.B.\_\_\_\_\_ jusqu'à la date de l'expertise, ainsi que le temps supplémentaire nécessaire à l'accomplissement des

soins quotidiens dédiés à ce dernier par rapport à un autre enfant sans handicap. Il a enfin fait état du résultat des entretiens (anamnèses) qu'il avait eus avec V.B.\_\_\_\_\_, puis avec sa mère le 16 juin 2017, ainsi que de l'entretien avec l'appelante seulement le 4 septembre 2017, avant de répondre aux allégués des parties.

**6.1.1** Le Dr P.\_\_\_\_\_ a confirmé et précisé le diagnostic posé par le CHUV le 18 janvier 2000, en faisant également état des multiples interventions chirurgicales qui ont eu lieu dans l'intervalle :

*"- Myélo-méningocèle D4-S2.*

- S/P fermeture de myélo-méningocèle lombaire basse et mise en place d'une DVP type Unishunt le 5.01.2000.*
- Status (sic) après reprise lombaire pour section d'adhérences méningo-médullaires syringo-sous-arachnoïdiennes le 07.03.2002.*
- Status après changement de DVP avec mise en place d'une valve PS médicale à pression moyenne le 02.11.2006.*
- Status après entérocytoplastie avec segment grêle pédiculé et suspension du col vésical et Mitrofanoff.*
- Status après exploration chirurgicale de la fosse postérieure pour malformation de Chiari type II avec craniectomie sous-occipitale, ablation de l'arc postérieur de C1, ouverture de la dure-mère, mise en place d'un drain dans un kyste rétrobulbaire, fermeture de la dure-mère avec un patch de Goretex le 04.06.2009.*
- Status après mise en place d'un drain kysto-bulbo-pleural droit pour kyste syringo-bulbaire sur malformation de Chiari type II le 14.04.2010.*
- Status après révision de la dérivation kysto-bulbo-pleurale pour expansion d'un kyste bulbaire symptomatique le 20.05.2010.*
- Status après reprise de craniectomie sous-occipitale avec laminectomie C3-C4 et C5, révision du drain kysto-bulbo-pleural et kysto-sous-arachnoïdien, drainage de deux kystes bulbaire, plastie d'agrandissement bulbo-médullaire le 24.06.2010.*
- Status après révision de l'insertion abdominale d'une DVP avec reprise d'un saignement intra-ventriculaire pour hydrocéphalie sur dysfonctionnement de DVP le 10.09.2010.*
- Status après ventriculo-cisterno-stomie du plancher du 3<sup>ème</sup> ventricule par abord frontal gauche le 16.09.2010.*
- Status après arthrodeuse D4-S2 le 19.04.2013.*
- Syndrome d'apnées du sommeil obstructives appareillé par CPAP.*
- Hypertension artérielle."*

**6.1.2** Se prononçant sur l'autonomie de V.B.\_\_\_\_\_, l'expert a indiqué qu'il avait une capacité motrice conservée au niveau de la tête et du cou, au niveau des nerfs crâniens et aux membres supérieurs. Il n'avait en revanche pas les capacités motrices au niveau du tronc, ce qui ne lui permettait pas l'équilibre et le maintien de la posture assise, sans moyen auxiliaire. V.B.\_\_\_\_\_ était pratiquement autonome pour effectuer les sondages dans la stomie, mais avait besoin d'aide pour maintenir le tronc. L'incontinence fécale était également encore difficile à gérer. Il avait développé plus d'autonomie dans ses déplacements à l'extérieur du domicile ; il sortait régulièrement avec des amis. A la suite de la dernière intervention en avril 2013, il avait perdu la capacité des transferts autonomes entre sa chaise et son lit. Toujours de l'avis de l'expert « oui, l'enfant V.B.\_\_\_\_\_ a développé plus d'autonomie, mais avec son développement, il est devenue (*sic*) davantage dépendant de son entourage par rapport à un enfant dépourvu de handicap. (...) On peut estimer que depuis 2013, la situation est stable en termes d'autonomie ». Par ailleurs, « il est peu probable que V.B.\_\_\_\_\_ soit en mesure, à l'âge de 18 ans, de conduire un véhicule automobile adapté, en raison de son instabilité en position assise ».

**6.1.3** Aux allégués 213-216 de l'appelante et aux allégués 343-349 de l'intimée, les parties ont demandé à l'expert de déterminer « le temps supplémentaire quotidien », « un supplément d'aide et de soins », « le supplément journalier d'heures d'aide et de soins » ou encore « un supplément d'aide et de soins » en termes d'heures que nécessiterait V.B.\_\_\_\_\_ par rapport à un enfant sans handicap. Dans ses allégués, l'appelante avançait que le « temps supplémentaire quotidien » avait évolué de la façon suivante (étant précisé qu'il n'y a pas d'allégués concernant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 30 juin 2006) :

<u>Période :</u>	<u>Heures de soins supplémentaires :</u>
01.04.2001 au 31.12.2002	4 heures
01.01.2003 au 31.12.2003	4 heures
01.07.2006 au 31.12.2006	10.25 heures
01.01.2007 au 31.12.2018	10.25 heures

A la page 18 de son rapport, l'expert P. \_\_\_\_\_ a mentionné que « le mandat d'expertise consiste donc à mesurer le dommage, et ceci sur la base du temps supplémentaire quotidien qui a dû être fourni par la mère de l'enfant, ainsi que par son entourage familial, par rapport à un enfant sans infirmité ». L'expert a précisé que « cette façon de mesurer le dommage n'est pas contestée par les deux parties, mais c'est plutôt le temps lui-même, attribué à chaque soin, qui fait litige. A ce stade on peut signaler au passage que le dommage aurait pu être calculé d'une autre manière, par exemple en mesurant le manque à gagner de la mère de V.B. \_\_\_\_\_ qui a dû interrompre son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant, ou sur la base des soins fournis en engageant du personnel infirmier, qui aurait pu assumer l'ensemble des soins nécessaires ». L'expert P. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'est fondé, pour « apprécier le temps nécessaire pour chaque soin de base », sur la documentation fournie par les Soins infirmiers du CHUV, à savoir le document « Système PRN de mesures de la charge temporelle de soins infirmiers » dans son édition de juin 1994, impression juin 2002, dont il a annexé une copie à son rapport. Il s'agit « du seul catalogue de prestations de soins infirmiers à disposition, et qui recoupe pas (*sic*) tous, mais la plupart des soins et des gestes nécessaires décrits » dans son rapport. Il a ajouté que « l'intérêt d'utiliser un tel catalogue est que chaque geste est coté en temps et qu'il s'agit dès lors d'une méthode neutre et prouvée scientifiquement. Pour comprendre la lecture, il convient de souligner que la durée des soins est cotée par points, **chaque point équivalent (*sic*) à 5 minutes** ».

Sur la base, notamment, des multiples évaluations effectuées par les divers intervenants médicaux en charge de V.B. \_\_\_\_\_ depuis sa

naissance, l'expert P.\_\_\_\_\_ a retenu que le « temps supplémentaire quotidien » aux besoins de cet enfant était le suivant :

- 0 minutes jusqu'à l'âge de 18 mois ;
- 2 heures et 18.5 minutes de l'âge de 18 mois à l'âge de 4 ans ;
- 4 heures et 45 minutes entre l'âge de 4 ans et l'âge de 6 ans et demi, âge auquel les enfants se rendent seuls à l'école en principe ;
- 5 heures et 7 minutes jusqu'à la fin de la scolarité ;
- 4 heures 5 minutes depuis lors (sous réserve du temps de trajet à rajouter lorsqu'il faudra amener V.B.\_\_\_\_\_ sur son lieu de travail).

Compte tenu de ce qui précède et en reprenant les périodes telles que présentées par l'appelante, on aboutit au tableau suivant :

<u>Période :</u>	<u>Heures de soins supplémentaires :</u>
01.04.2001 au 31.12.2002	2 heures et 18.5 minutes
01.01.2003 au 31.12.2003	2 heures et 18.5 minutes
01.07.2006 au 31.12.2006	4 heures et 45 minutes
01.01.2007 au 31.12.2018	5 heures et 7 minutes

**6.1.4** Bien que cela ne figure pas dans le tableau reproduit ci-dessus - l'expert n'ayant pas été expressément interpellé sur ce point -, la Chambre patrimoniale cantonale a retenu que le nombre d'heures de soins supplémentaires était de 4 heures 45 minutes pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 30 juin 2006, compte tenu des développements de l'expert P.\_\_\_\_\_ figurant au point 6.1.3 ci-dessus.

**6.1.5** S'agissant de l'état de santé de V.B.\_\_\_\_\_ après sa majorité, l'expert P.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il ne faisait « aucun doute que la demanderesse a supporté et supportera longtemps encore les dommages relatifs au handicap de son fils ».

## **6.2**

**6.2.1** Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 septembre 2018 intitulé « complément d'expertise neurologique », l'expert P.\_\_\_\_\_ est notamment revenu sur le système d'évaluation utilisé dans son rapport du 7 septembre 2017. Le conseil de l'appelante avait en effet demandé à ce qu'il adapte les durées retenues en tenant compte du fait que l'appelante n'était pas infirmière et n'avait aucune formation médicale, ainsi que du fait que cette dernière avait toujours pris le temps nécessaire pour procéder aux soins de V.B.\_\_\_\_\_, soit forcément plus de temps qu'un infirmier qui procède à un même soin, n'ayant pas les connaissances et la pratique correspondantes, ni un objectif d'efficacité ou de rentabilité à atteindre lié aux exigences d'un hôpital.

L'expert P.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il « ne fait aucun doute que Madame V.C\_\_\_\_\_ (*sic*) n'est pas infirmière et n'a aucune formation médicale. Cependant, les soins prodigués à son fils ne requièrent pour la plupart aucune formation médicale particulière, si ce n'est la mise en place de la sonde urinaire. Il s'agit toutefois d'un geste médical peu complexe, qui souvent est auto-administré par des patients souffrants de troubles sphinctériens, et on peut estimer que la courbe d'apprentissage est rapide, et qu'après une dizaine de sondages, une personne sans formation médicale peut effectuer une telle mesure de manière comparable à une infirmière ». L'expert P.\_\_\_\_\_ ajoute par ailleurs que « certes, tout soignant a un objectif d'efficacité et de rentabilité, mais l'aspect humain et la relation avec le patient n'est pas exclu du système PRN, qui en tient compte ».

**6.2.2** Le conseil de l'appelante avait aussi critiqué le rapport d'expertise du 7 septembre 2017, faisant valoir que « la durée retenue aux soins prodigués par sa cliente doit également être adaptée en tenant compte de la situation spécifique du cas d'espèce, soit notamment de l'âge de V.B.\_\_\_\_\_, de la technicité des soins à apporter ou encore de l'état de santé de V.B.\_\_\_\_\_ au moment considéré ».

A cet égard, l'expert a précisé qu'il « convient de se référer au catalogue PRN, qui tient compte de l'âge des patients, de leur sexe. Quant à l'état de santé de V.B.\_\_\_\_\_, il est bien entendu au centre de l'expertise, et la cause première des soins prodigués. Il a donc été considéré ». De l'avis de l'expert, « les normes PRN ne peuvent pas être considérées comme abstraites. Il s'agit d'un système concret, reconnu scientifiquement, mis à jour à plusieurs reprises, et admis dans de nombreux pays ».

**6.2.3** Enfin, invité à se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'omission de l'intimée et le dommage, l'expert P.\_\_\_\_\_ a relevé que la détermination de la responsabilité civile ou de la causalité échappait à sa mission. Il pouvait toutefois répondre à l'allégué 226 de l'appelante en ce sens que le dommage tel qu'il avait été mesuré dans son expertise du 7 septembre 2017 était en lien de causalité, et ce de façon certaine, avec l'affection neurologique dont souffrait V.B.\_\_\_\_\_, à savoir un myélo-méningocèle D4-S2, ainsi que des complications liées à cette maladie. « En effet, V.B.\_\_\_\_\_ n'a pas d'autre atteinte à la santé que celles mentionnées en page 16 de l'expertise (réd. : le diagnostic exposé au chiffre 6.1.1 ci-dessus) et l'ensemble des diagnostics détaillés sont tous en lien direct ou indirect avec la myélo-méningocèle D4-S2 ».

## **7.**

**7.1** De son côté, l'expert économique W.\_\_\_\_\_, expert agréé LPP, actuair ASA, qui s'est adjoint les services de [...], ayant les mêmes qualifications que lui, a déposé son rapport principal le 13 avril 2017.

Pour calculer le dommage passé et futur, l'expert a posé « un certain nombre de suppositions et d'hypothèses » :

"(...)

- Le dommage à évaluer : dommage d'assistance  
Si une personne invalide dépend de l'aide ou des soins prodigués par une tierce personne, il s'agit d'un dommage lié aux soins, c'est-à-dire d'un dommage d'assistance.

- Taux de capitalisation : 3.5%  
Il s'agit du taux usuellement retenu dans le cadre de tels calculs.
- Tables : de mortalité, non temporaire  
Le dommage est calculé de manière viagère
- Tarif horaire pour l'aide-ménagère : 30 CHF /heure  
Ce tarif est repris de l'évaluation de la Demanderesse
- Date de capitalisation : 5 septembre 2011

La Demanderesse avait établi une date de capitalisation au 5 septembre 2011, soit pendant la période durant laquelle la demande a été adressée à la Chambre patrimoniale cantonale."

**7.1.1** S'agissant du « dommage direct passé » correspondant « au dommage d'assistance passé », l'expert a indiqué que l'évaluation s'était basée sur l'enquête pour soins à domicile, les instructions relatives à une allocation pour impotent destinée aux mineurs (y compris le supplément pour soins intenses), ainsi que sur les décisions de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Il a également précisé que « la lecture des différentes décisions de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud nous a conduit à des périodes d'évaluation des dommages d'assistance différents (*sic*). En effet, la pièce 21 concernant la décision de l'office AI numéro [...] indique que la décision du 8 juin 2004 est remplacée avec effet dès le 1<sup>er</sup> mai 2006 et non le 1<sup>er</sup> juillet 2006 comme supposé dans l'évaluation de la demanderesse ». L'expert a retenu un « dommage direct passé » de 935'021 fr. et non pas de 931'828 fr. comme le présentait l'appelante dans ses calculs.

**Evaluation abstraite**

de	jusqu'à	Jours	Domage domestique	Total
02.01.2000	31.03.2001	455	0	0
01.04.2001	31.12.2002	640	76'590	76'590
01.01.2003	31.12.2003	365	43'680	120'270
01.01.2004	30.04.2006	851	216'156	336'426
01.05.2006	31.12.2006	245	75'131	411'557
01.01.2007	04.09.2011	1'708	523'464	935'021

Total	935'021
-------	---------

---

Extrait de l'évaluation réalisée sur la base de nos propres hypothèses et selon les données reprises des différentes pièces à disposition

---

**7.1.2** S'agissant des prestations d'assurance imputables, l'expert a relevé qu'elles avaient été évaluées par l'appelante à 251'910 fr. et correspondaient aux prestations d'assurance hypothétiquement payées par l'AI de la naissance de l'enfant jusqu'à la date de capitalisation au 5 septembre 2011. La première évaluation par l'expert, réalisée sur la base des hypothèses et données considérées par l'appelante, conduisait à un résultat identique. Or, à la suite de la transmission par l'OAI de « la pièce numéro 155, soit le détail de toutes les prestations versées par l'AI à l'assuré V.B. \_\_\_\_\_ en date du 25 août 2016 », l'expert avait pris en compte les prestations effectivement versées par l'AI jusqu'au 5 septembre 2011, ce qui avait conduit à un résultat différent, soit un montant de 860'029 francs.

---

Evaluation des prestations d'assurance imputables

---

**Total du dommage assistance passé**  
**Prestations d'assurance imputables**

Année	AI	LAA	LAAC	AM	PP	AMal	Autres/Salai re	Total
2000	18'851							18'851
2001	13'083							13'083
2002	42'374							42'374
2003	62'897							62'897
2004	56'792							56'792
2005	53'143							53'143
2006	112'658							112'658
2007	64'406							64'406
2008	108'421							108'421
2009	76'796							76'796
2010	206'180							206'180
2011	44'428							44'428
<b>Total</b>	<b>860'029</b>							<b>860'029</b>

---

Extrait de notre évaluation réalisée sur la base du décompte de prestation fourni par l'AI

---

La CPAT a constaté qu'à ce stade de l'analyse, le dommage direct passé donnant droit à une indemnité (sans intérêts) s'élevait à 74'992 fr. (soit 935'021 fr. - 860'029 fr., cf. jgt, p. 19) contrairement à l'allégation de l'appelante qui faisait état de 679'918 fr. (all. 220).

**7.1.3** L'expert a procédé à la vérification des calculs de l'appelante en lien avec les acomptes supplémentaires versés par l'assureur responsabilité civile de l'intimée et est parvenu à un montant total d'acomptes de 151'500 francs.

**7.1.4** En tenant compte de ces acomptes supplémentaires, l'expert a retenu que les intérêts compensatoires sur le dommage direct s'élevaient à 24'665 fr. dont il a déduit les intérêts des paiements d'acomptes de 37'484 fr., cela conduisant à des intérêts dus nuls.

---

Evaluation des intérêts compensatoires

---

**Domage d'assistance**

Intérêts compensatoires	24'665
J. Intérêt des paiements d'acomptes	37'484
Intérêts dus	0

---

Extrait de l'évaluation réalisée sur la base de nos propres hypothèses et selon les données reprises des différentes pièces à disposition

---

**7.1.5** Les calculs effectués par l'expert W.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son rapport d'expertise du 13 avril 2017, tenant compte d'une date de capitalisation au 5 septembre 2011, peuvent être résumés comme il suit :

	Montant :
Domage direct passé :	935'021 fr.
Prestations d'assurance passées imputables :	- 860'029 <sub>fr</sub>
<b>Indemnité pour le dommage direct passé :</b>	<b>74'992 fr.</b>
Domage direct futur :	2'957'101 fr.
Prestations d'assurance futures imputables :	- 892'024 <sub>fr</sub>
<b>Indemnité pour le dommage direct futur :</b>	<b>2'065'077 fr.</b>
Intérêts compensatoires sur le dommage direct :	24'665 fr.
Intérêts liés aux paiements d'acomptes :	- 37'484 fr.
<b>Solde des intérêts dus :</b>	<b>0 fr.</b>
<b>Indemnité pour le dommage direct total, passé et futur :</b>	<b>2'140'069 fr.</b>

**7.1.6** En sus du calcul susmentionné, l'expert W.\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les allégués de l'intimée portant sur le montant total des prestations qui, selon elle, devaient être portées en déduction du dommage de l'appelante, soit : les prestations AI (ii), les prestations AMINH versée par l'OAI (iii), ainsi que les prestations d'assurance-maladie

(iv). L'expert devait en particulier se prononcer sur l'exactitude des différentes preuves fournies.

**7.1.6.1** A l'allégué 353 de l'intimée selon lequel l'AI a versé de « substantiels montants que pièces requises et expertises diront », l'expert a précisé que cet allégué reposait sur la pièce requise 152 (décompte des prestations versées dans le passé en faveur de V.B. \_\_\_\_\_ ou de ses parents par l'assurance-invalidité). Il a retenu que le montant total des prestations versées à V.B. \_\_\_\_\_ jusqu'au 25 août 2016 s'élevait à 1'502'975 fr. 10, selon le détail ci-dessous :

---

**Evaluation des prestations d'assurance imputables**

---

**Total du dommage assistance passé  
Prestations d'assurance imputables**

Année	AI	LAA	LAAC	AM	PP	AMal	Autres/Salai re	Total
2000	18'851							18'851
2001	13'083							13'083
2002	42'374							42'374
2003	62'897							62'897
2004	56'792							56'792
2005	53'143							53'143
2006	112'658							112'658
2007	64'406							64'406
2008	108'421							108'421
2009	76'796							76'796
2010	206'180							206'180
2011	96'006							96'006
2012	77'334							77'334
2013	155'555							155'555
2014	172'947							172'947
2015	127'137							127'137
2016	58'396							58'396
<b>Total</b>	<b>1'502'976</b>							<b>1'502'976</b>

---

Extrait de notre évaluation réalisée sur la base du décompte de prestation fourni par l'AI, pièce numéro 152

---

**7.1.6.2** Il a également précisé que les allégués 374 à 377 de l'intimée portant sur des montants « substantiels » versés par « l'AI, l'AMINH et respectivement la Caisse de compensation compétente », outre l'expertise économique, reposaient sur la pièce 152 précitée et sur la pièce 153, correspondant « au décompte des prestations versées dans le passé en faveur de V.B. \_\_\_\_\_ ou de ses parents par l'AMINH ». L'expert a indiqué que les montants effectivement pris en charge par l'AI jusqu'au 31 décembre 2011 se montaient à 911'606 fr. et ceux payés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 25 août 2016 à 591'369 fr., soit un total de 1'502'796 fr. depuis la naissance de l'enfant jusqu'à cette dernière date.

S'agissant des prestations AMINH, l'expert a affirmé que selon la pièce numéro 153, les montants effectivement versés par l'AMINH jusqu'au 31 décembre 2011 se montaient à 80'715 fr., ainsi que 41'250 fr. entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 31 juillet 2016, ce qui donnait un total de 121'965 fr. entre février 2002 et juillet 2016. A partir d'août 2016 et jusqu'au 31 janvier 2018, l'allocation spéciale AMINH devait être maintenue à 750 CHF/mois.

L'expert W. \_\_\_\_\_ a résumé les prestations AMINH dans le tableau suivant :

---

Extrait de la pièce numéro 153

---

Année	Mois	Montant mensuel	Nbre mois	Total
2002	02-12.2002	455.00	11	5'005.00
2003	01-12.2003	455.00	12	5'460.00
2004	01-02.2004	455.00	2	910.00
2004	03-12.2004	730.00	10	7'300.00
2005	01-12.2005	730.00	12	8'760.00
2006	01-12.2006	730.00	12	8'760.00
2007	01-12.2007	730.00	12	8'760.00
2008	01-12.2008	730.00	12	8'760.00
2009	01-12.2009	750.00	12	9'000.00
2010	01-12.2010	750.00	12	9'000.00
2011	01-12.2011	750.00	12	9'000.00
2012	01-12.2012	750.00	12	9'000.00
2013	01-12.2013	750.00	12	9'000.00
2014	01-12.2014	750.00	12	9'000.00
2015	01-12.2015	750.00	12	9'000.00
2016	01-07.2016	750.00	7	5'250.00
				<u>121'965.00</u>
2016	08-12.2016	750.00	5	3'750.00
				<u>125'715.00</u>

---

Pièce 153 fournie de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

---

L'expert a conclu ce chapitre en précisant que « les montants cumulés de l'AI et l'AMINH versés jusqu'au 31 décembre 2011 se montent à CHF 992'321 » et « les montant cumulés de l'AI et l'AMINH versés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 jusqu'au 25 août 2016 se montaient à CHF 633'369 soit CHF 591'369 de l'AI et CHF 41'250 + CHF 750 de l'AMINH ».

**7.1.6.3** Finalement, s'agissant des prestations de l'assurance-maladie dont a bénéficié V.B. \_\_\_\_\_, l'intimée alléguait que devaient être déduits du dommage les montants versés, à titre de « contributions aux soins » par la Caisse maladie de l'enfant (all. 378-379). L'expert a observé que ces allégués reposaient sur la pièce 154, soit le décompte des prestations versées dans le passé et jusqu'au jour de l'expertise par [...], [...] et la [...], ainsi que subsidiairement sur l'expertise économique. Quant aux allégués 380 à 382 selon lesquels il fallait déduire du dommage de l'appelante, les montants versés à titre d'« aide » par le Service Phare, l'expert a indiqué que selon le courrier du 29 mars 2016 de Phare, « soit la pièce numéro

155, Mme V.C.\_\_\_\_\_ et son fils M. V.B.\_\_\_\_\_, sont inconnus du service de relève Phare. Aucun montant n'a ainsi été versé. »

Toujours selon l'expert, durant les années 2000 à 2003, V.B.\_\_\_\_\_ a été assuré auprès de la société [...], en liquidation au jour de l'expertise. L'expert n'a reçu aucun décompte de prestations de cette société et n'était dès lors pas en mesure d'évaluer la contribution aux soins de l'assureur entre 2000 et 2003. La prise en compte de ces trois années ne devait toutefois pas être matérielle en regard des sommes en jeu, si l'on se basait sur une extrapolation linéaire des montants relatifs aux autres années.

Entre l'année 2006 et 2009 incluse, V.B.\_\_\_\_\_ a été assuré auprès de la [...]. Un dossier relatant les décomptes de prestations a été fourni par cet assureur. Ainsi, durant l'année 2006, la [...] a participé aux prestations pour un montant de 3'205 fr. 60, pour 3'584 fr. durant l'année 2007, pour 8'018 fr. 80 durant l'année 2008 et pour 17'151 fr. 20 durant l'année 2009.

Du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2005, V.B.\_\_\_\_\_ a été assuré auprès de la [...]. Le courrier reçu par la CPAT de la part de la [...] fournissait un décompte des prestations payées aux fournisseurs de soins par la [...] (captures d'écran). « La contribution aux soins pour l'année 2004 par la [...] se montait ainsi à CHF 1'262.15 ». N'ayant reçu aucun décompte de prestations pour l'année 2005, l'expert n'était pas en mesure d'évaluer la contribution aux soins de l'assureur durant l'année 2005. L'absence d'informations pour 2005 conduisait à la même remarque que celle faite ci-dessus au sujet des exercices 2000 à 2003.

L'assurance maladie [...] assurait V.B.\_\_\_\_\_ depuis 2010. La pièce numéro 154, transmise par [...], fournissait un tableau des prestations versées dans le passé et jusqu'au 31 mai 2016. « Le total des prestations se chiffre à CHF 24'833.3. Sous déduction de la quote-part de CHF 1'454.4 et des prestations non assurées pour un montant de CHF

103.55, la contribution aux soins de [...] pour l'enfant s'évalue à CHF 23'275.35 ».

L'expert a conclu que la contribution aux soins des assureurs s'évaluait au total à 56'497 fr. 10 et comprenait les années 2004, 2006 à 2015, ainsi que la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2016.

**7.2** A la suite du dépôt du rapport d'expertise médicale du Dr P.\_\_\_\_\_ du 7 septembre 2017, les parties ont sollicité un rapport d'expertise complémentaire auprès de l'expert W.\_\_\_\_\_ afin qu'il les éclaire sur les points ci-dessous. L'expert a déposé un rapport complémentaire le 30 novembre 2018.

**7.2.1** L'expert a précisé avoir contacté la CPAT afin d'exclure la question n° 2 de l'ordonnance de preuves complémentaire (réd. ordonnance du 15 novembre 2017), car le tri du décompte des prestations d'assurance (Office d'assurance invalidité et caisses maladies) aurait demandé des ressources démesurées de la part de l'expert. En outre, l'expert n'avait pas eu connaissance du détail du créancier de chacune des prestations versées par les caisses maladies. Cette question avait la teneur suivante :

"- Questions de la demanderesse :  
(...)

2. « Des prestations d'assurances à décompter »

Dans le cadre du calcul du dommage direct passé par exemple, l'expert a décompté les prestations d'assurances selon la pièce 155, soit le décompte effectué par l'Office d'assurance invalidité (ci-après : OAI), sans distinction aucune. Toutefois, il sied de soustraire les seules prestations d'assurance qui ont été perçues directement par V.B.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de ses parents. Il en va notamment ainsi des rentes, mais non pas des factures adressées à l'OAI par un prestataire de service notamment. Pour ces derniers montants, il appartient en effet à l'OAI de se retourner contre la défenderesse.

A titre d'exemple, l'expert a estimé que le montant de 191.-, relatif au paiement de chaussures avec orthèses pour V.B.\_\_\_\_\_ par l'OAI à [...] Orthopédie en juillet 2011, devait être considéré comme une

prestation d'assurance à déduire. Cependant, V.B.\_\_\_\_\_ ou ses parents n'ont jamais perçu ce montant.

Concernant les prestations des caisses-maladie, liées aux allégués de la réponse, il sied également de distinguer les soins prodigués à V.B.\_\_\_\_\_ des médicaments remboursés ensuite d'une angine par exemple."

L'expert W.\_\_\_\_\_ a revu les prestations d'assurance imputables pour les années 2000 et 2001, compte tenu du fait que les parties avaient admis que V.B.\_\_\_\_\_ n'avait pas nécessité de soins supplémentaires avant le 1<sup>er</sup> avril 2001 par rapport à un enfant sans handicap. L'expert n'a dès lors pas pris en considération les factures antérieures au 1<sup>er</sup> avril 2021, la date de facturation étant déterminante. L'expert a ensuite procédé à une réévaluation des prestations octroyées jusqu'à la date de capitalisation du 5 septembre 2011 en prenant en compte la date de facturation et non pas la date de paiement des factures, ceci afin de procéder de la même manière que les années 2000 et 2001. Il a ainsi établi le tableau ci-dessous.



...							...
2011	67'015						67'015
Total :	861'224.85						861'224.85

**7.2.2** L'expert W.\_\_\_\_\_ a, en sus, procédé à une analyse du dommage en tenant compte de diverses dates de capitalisation, susceptibles d'être plus proches de la date du jugement. Il a ainsi établi le tableau suivant :

### Résultats de l'analyse du dommage aux différentes dates de capitalisation

Date de capitalisation	05.09.2011	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016
Domage direct passé	935'021	970'900	1'082'831	1'194'760	1'306'690	1'418'620	1'530'551
Prestations d'assurance imputables	861'224	890'215	967'549	1'123'104	1'296'051	1'418'620	1'513'027
Domage direct passé donnant droit à une indemnité	73'797	80'685	115'282	71'656	10'639	-	17'524
Domage direct futur	2'957'101	2'954'034	2'928'401	2'902'063	2'875'082	2'847'409	2'819'702
Prestations d'assurance futures imputables	892'024	889'250	880'517	871'454	862'120	852'484	842'563
Domage direct futur et recours	2'065'077	2'064'784	2'047'884	2'030'609	2'012'962	1'994'925	1'976'509
Acompte	151'500	151'500	151'500	151'500	151'500	151'500	151'500
Intérêts compensatoires sur le dommage direct	36'181	37'486	42'393	47'079	49'155	49'326	49'668
Intérêts des paiements d'acomptes	37'484	39'912	47'508	55'083	62'658	70'233	77'829
Intérêts dus	-	-	-	-	-	-	-
Domage net total avec intérêts	2'138'874	2'145'469	2'163'166	2'102'265	2'023'601	1'994'925	1'994'033
Domage net total avec intérêts et acomptes	1'987'374	1'993'969	2'011'666	1'950'765	1'872'101	1'843'425	1'842'533

Les prestations d'assurance imputables correspondent aux prestations d'assurance payées par l'AI depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001 jusqu'à la date de capitalisation.

L'expert W.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'« outre la date de capitalisation, les hypothèses demeurent identiques [au] premier rapport d'expertise » (cf. chiffre 7.1 ci-dessus) et a confirmé « avoir considéré les prestations versées par l'AI uniquement jusqu'à la date de capitalisation », étant précisé que « pour l'année 2016, les prestations AI ont été extrapolées sur la fin de l'année ».

**7.2.3** Interpellé par l'appelante au sujet de la prise en compte de la participation à la franchise de l'assurance-maladie, ainsi que de la quote-part de 10% qu'elle avait dû payer, l'expert W.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait pris en compte à chaque fois les « montants nets de la participation à la franchise de l'assurance-maladie », ainsi que la quote-part de 10%.

**7.2.4** A la demande de l'intimée, l'expert W.\_\_\_\_\_ a recalculé le dommage de l'appelante jusqu'à la majorité de V.B.\_\_\_\_\_, en tenant compte des heures de soins quotidiennes retenues par l'expert P.\_\_\_\_\_ (soit 2 heures 18.5 minutes du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 décembre 2003, 4 heures 45 minutes du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2006 et 5 heures 7 minutes du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2018) avec une date de capitalisation au 5 septembre 2011. L'expert W.\_\_\_\_\_ ignorait le nombre d'heures de soins supplémentaires qui avait été retenu par l'expert P.\_\_\_\_\_ pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 30 juin 2006, son rapport ne l'explicitant pas. L'expert a ainsi établi le tableau ci-dessous :

---

Résultats de l'analyse du dommage

---

Date de capitalisation	05.09.2011
Domage direct passé	590'162
Prestations d'assurance imputables	590'162
Domage direct passé donnant droit à une indemnité	-
Domage direct futur	1'475'460
Prestations d'assurance futures imputables	892'025
Domage direct futur et recours	583'436
Acompte	151'500
Intérêts compensatoires sur le dommage direct	-30'913
Intérêts des paiements d'acomptes	37'484
Intérêts dus	-
Domage net total avec intérêts	583'436
Domage net total avec intérêts et acomptes	431'936

---

Les prestations d'assurance imputables correspondent aux prestations d'assurance payées par l'AI depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001 jusqu'à la date de capitalisation.

---

Au sujet de ce tableau, l'expert a précisé avoir tenu compte « des prestations d'assurance versées par l'assurance-invalidité et les caisses maladie comme demandé par la Demanderesse ».

**7.3** Après l'introduction de nouveaux allégués 422 à 424 et 427 dans la procédure et de nouveaux éléments mis en évidence par le rapport de l'expert P.\_\_\_\_\_, l'expert W.\_\_\_\_\_ a été invité à déposer un rapport complémentaire, ce qu'il a fait le 14 décembre 2020.

**7.3.1** Se fondant notamment sur l'art. 48 OASA (Ordonnance relative à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative du 24 octobre 2007 ; RS 142.201), l'expert W.\_\_\_\_\_ a retenu que la jeune fille au pair de l'appelante pouvait effectuer au maximum 30 heures de travail

par semaine (« 4.29 heures ou 4h17,4 » par jour, week-end compris), soit 120 heures par mois.

Il a ensuite comparé le nombre d'heures de travail que l'appelante devait effectuer pour s'occuper de son fils - d'abord en fonction du nombre d'heures évaluées dans l'expertise économique précédente qui reprenait le nombre d'heures alléguées par l'appelante, ensuite en fonction du nombre d'heures retenues par l'expert P. \_\_\_\_\_ - à celui que la jeune fille au pair pouvait, au maximum, effectuer. Il en résulte les tableaux suivants :

---

Comparaison du nombre d'heures selon l'expertise réalisée

---

Date début	Date fin	Nombre de jours	Nombre d'heures/jour Demanderesse	Nombre d'heures/jour Jeune fille au pair
02.01.2000	31.03.2001	455	0	0
01.04.2001	31.12.2002	640	4.00	4.29
01.01.2003	31.12.2003	365	4.00	4.29
01.01.2004	30.04.2006	851	8.50	4.29
01.05.2006	31.12.2006	245	10.25	4.29
01.01.2007	31.12.2011	1'826	10.25	4.29
01.01.2012	31.12.2012	366	10.25	4.29
<b>Total jusqu'à fin 2011</b>			<b>32'481</b>	<b>16'847</b>
<b>Total jusqu'à fin 2012</b>			<b>36'233</b>	<b>18'417</b>

---

Comparaison du nombre d'heures selon les chiffres retenus par l'expert P. \_\_\_\_\_

---

Date début	Date fin	Nombre de jours	Nombre d'heures/jour Demanderesse	Nombre d'heures/jour Jeune fille au pair
02.01.2000	31.03.2001	455	0	0
01.04.2001	31.12.2003	1'005	2.31	4.29
01.01.2004	30.06.2006	912	8.50	4.29
01.07.2006	31.12.2006	184	4.75	4.29
01.01.2007	31.12.2011	1'826	5.12	4.29
01.01.2012	31.12.2012	366	5.12	4.29
<b>Total jusqu'à fin 2011</b>			<b>20'289</b>	<b>16'847</b>
<b>Total jusqu'à fin 2012</b>			<b>22'162</b>	<b>18'417</b>

---

En prenant le nombre d'heures évaluées par l'expert P.\_\_\_\_\_, il en ressort qu'entre le 1<sup>er</sup> avril 2001 et le 31 décembre 2012, l'appelante devait prodiguer 22'162 heures de soins à V.B.\_\_\_\_\_, la jeune fille au pair pouvant - par hypothèse - l'assister dans cette tâche à concurrence de 18'417 heures. L'expert W.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs précisé à ce sujet qu'il n'était pas de son ressort « de déterminer si la jeune fille au pair aurait été capable de réaliser les tâches ayant dû être prodiguées » à V.B.\_\_\_\_\_.

**7.3.2** Répondant à l'allégation de l'intimée, selon laquelle le tarif horaire du dommage d'assistance ne saurait être supérieur à 7 fr., respectivement 8 fr., compte tenu du prix de 800 fr., respectivement 1'000 fr. par mois payé par l'appelante à la jeune fille au pair de 2000 à 2011, respectivement 2012, l'expert a confirmé ce tarif pour autant que celle-ci ait travaillé à plein temps, soit 120 heures par mois au maximum (ce qui était impossible de vérifier sur la base du dossier), et qu'elle fût nourrie, logée et blanchie par l'appelante. Dans le cas contraire, le tarif horaire de 7 fr., respectivement 8 fr., semblait insuffisant au vu du tarif recommandé par le site [www.vaudfamille.ch](http://www.vaudfamille.ch). L'expert a rappelé que la prise en compte du travail de la jeune fille au pair, ainsi que la réduction du tarif horaire du dommage d'assistance dans l'évaluation de ce dommage n'étaient pas de sa compétence.

En marge des considérations qui précèdent, l'expert a relevé ce qui suit : « nous pouvons toutefois, à titre purement indicatif, mentionner que si un tarif de CHF 7 au lieu de CHF 30 était à considérer pour l'évaluation du dommage d'assistance passé à la date de capitalisation du 5 septembre 2011 et selon notre propre expertise mentionnée dans notre premier rapport d'expertise daté du 13 avril 2017, nous obtiendrions, par règle de trois (procédé en l'espèce actuariellement admissible pour obtenir une sensibilité), un montant de CHF 218'172 (réd. : 218'172 fr. = 935'021 fr. x 7 fr./30 fr.) ».

**7.3.3** Prenant en considération le fait que V.B.\_\_\_\_\_ avait séjourné au Portugal du 30 juin 2016 au 17 mai 2017, l'expert a confirmé l'allégation de l'intimée selon laquelle « le tarif horaire d'un jeune au pair portugais ne devrait pas excéder CHF 7 à CHF 8 ». Le salaire moyen d'un jeune au pair portugais en francs suisses devrait se situer entre 149 fr. et 186 fr., soit 1 fr. 20 et 1 fr. 60. L'expert a toutefois relevé qu'il ne lui appartenait pas de juger si le tarif du dommage d'assistance devrait être réduit au tarif qu'aurait touché un jeune au pair portugais, son rôle étant uniquement d'évaluer les calculs présents dans les différents allégués.

**7.4** A la demande de l'appelante, l'expert W.\_\_\_\_\_ a déposé un rapport d'expertise intitulé « mission supplémentaire » le 15 mars 2021.

**7.4.1** En préambule, l'expert a indiqué que le conseil de l'appelante avait requis que l'expert économique établisse « un décompte des prestations directes perçues par M. V.B.\_\_\_\_\_, depuis 2010, listées dans la pièce 152 (CD-ROM produit par l'OAI, état au 02/03/2020) en distinguant sur toutes ces années les prestations qui ont été octroyées directement à M. V.B.\_\_\_\_\_, de celles qui ont été versées à d'autres prestataires ». L'expertise complémentaire répond à cette « mission supplémentaire » et l'expert mentionne avoir mis à disposition des parties une version électronique sous format Excel du décompte de prestations regroupant tous les prestataires, version remise au tribunal sur CD-ROM.

**7.4.2** Sur la base de la pièce 152 précitée, l'expert a notamment établi un tableau relatant les prestations versées directement à V.B.\_\_\_\_\_ en fonction de la date de paiement (un tableau de 4 pages qui n'est pas reproduit ci-dessus), ainsi qu'un tableau relatant les prestations par année de paiement, qui est le suivant :

---

Décompte par année des prestations perçues directement par M. V.B. \_\_\_\_\_

---

Année	NIF	Montants
2010	288675	29'686
2011	288675	39'329
2012	288675	38'844
2013	288675	43'098
2014	288675	69'928
2015	288675	80'642
2016	288675	93'209
2017	288675	65'845
2018	288675	47'553
2019	288675	77'232
2020	288675	13'414
<b>Total</b>		<b>598'780</b>

---

**7.4.3** L'expert a par ailleurs établi un tableau comprenant le montant ci-dessus de 598'780 fr. qui a été versé directement à V.B. \_\_\_\_\_, ainsi que « tous les autres montants pour chacun des prestataires ».

---

Décompte par prestataire

---

NIF	Nom	Montants
288675	V.B. _____	598'780
5639	[...]	95'569
10321	[...]	115'114
408	[...]	229'427
10068	[...]	282
399816	[...]	7'332
20240	[...]	30'343
216768	[...]	6'188
418630	[...]	1'046
54540	[...]	5'970
584209	[...]	252
7357	[...]	29'573
371332	[...]	10'554
5249	[...]	20'449
622681	[...]	110'345
148138	[...]	20'720
7252	[...]	4'034
11665	[...]	20'091
552795	[...]	666
127681	[...]	1'331
292412	[...]	29'698
853409	[...]	2'204
948488	[...]	3'594
<b>Total</b>		<b>1'343'561</b>

---

Le tableau qui précède concerne toujours la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 janvier 2020. Toutefois, celui-ci ne permet pas de savoir quelles sommes auraient été versées aux divers prestataires entre l'accession à la majorité de V.B. \_\_\_\_\_, le 2 janvier 2018, et le 31 janvier 2020.

## **En droit :**

### **1.**

#### **1.1**

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

**1.1.2** En l'espèce, l'appel, motivé, a été formé en temps utile contre un jugement dans une cause dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., par une partie jouissant d'un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC). L'appel est dès lors recevable. La réponse l'est également (art. 312 CPC).

#### **1.2**

**1.2.1** L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (ATF 138 III 378 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_168/2022 du 10 juin 2022 consid. 5.2 et 6 ; Jeandin, *in* Bohnet et al. [éd.], Commentaire romand, Code de procédure civile, 2<sup>e</sup> éd. 2019 [ci-après : CR-CPC], nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC) et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2). Toutefois, sous réserve des vices manifestes, l'application du droit d'office ne signifie pas que l'autorité d'appel doive étendre son examen à des moyens qui n'ont pas été

soulevés dans l'acte d'appel. Elle doit se limiter aux griefs motivés contenus dans cet acte et dirigés contre la décision de première instance ; l'acte d'appel fixe en principe le cadre des griefs auxquels l'autorité d'appel doit répondre eu égard au principe d'application du droit d'office (cf. ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 et 4.2.2 ; TF 5A\_873/2021 du 4 mars 2022 consid 4.2 applicable en appel). Cette jurisprudence ne remet pas en cause la liberté conférée aux juges d'admettre (ou de rejeter) l'appel en s'appuyant sur un argument non explicitement discuté par les parties (TF 4A\_313/2019 du 19 mars 2020 consid. 3).

Selon l'art. 311 al. 1 CPC, l'appel doit être motivé, soit démontrer le caractère erroné de la motivation attaquée. Pour satisfaire à son obligation de motivation de l'appel prévue par cette disposition, l'appelant doit démontrer le caractère erroné de la motivation de la décision attaquée (ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 ; ATF 144 III 394 consid. 4.1.4, JdT 2019 II 147 ; ATF 141 III 569 consid. 2.3.3). Ainsi, notamment, lorsque la motivation de l'appel est identique aux moyens qui avaient déjà été présentés en première instance, avant la reddition de la décision attaquée (TF 4A\_621/2021 du 30 août 2022 consid. 3.1; TF 4A\_97/2014 du 26 juin 2014 consid. 3.3), ou si elle ne contient que des critiques toutes générales de la décision attaquée ou encore si elle ne fait que renvoyer aux moyens soulevés en première instance, elle ne satisfait pas aux exigences de l'art. 311 al. 1 CPC et l'instance d'appel ne peut pas entrer en matière (TF 5A\_779/2021 et TF 5A\_787/2021 du 16 décembre 2022 consid. 4.3.1).

**2.** Sous la rubrique « Faits et procédure », l'appelante se plaint d'une constatation incomplète des faits et requiert que l'état de fait du jugement attaqué soit complété par les faits qui ressortent de l'arrêt rendu le 8 juillet 2019 par la CASSO (AI 167/18 et 239/18-210/2019) en lien avec les décisions de restitution rendues par l'OAI les 24 avril, 4 et 7 mai 2018.

Ce grief est partiellement fondé et l'état de fait a été complété par les arrêts exposés dans l'arrêt CASSO précité, qui résume les arrêts produits les 8 mai et 15 juillet 2019 (cf. ci-dessus, ch. 2.3.3). En effet, dans

la mesure où ces arrêts concernent les mêmes parties et qu'ils ont été rendus par une autre cour du Tribunal cantonal vaudois, il s'agit des faits notoires au sens de la jurisprudence (CACI 4 juillet 2017/289 ; CACI 24 août 2021/400). Ils doivent être pris en considération indépendamment de toute allégation. Il ressort ainsi de l'état de fait que l'OAI a rendu des décisions de restitution d'un montant de 76'258 fr. 70 (33'348 fr. à titre d'allocations pour impotent perçues à tort et 42'910 fr. 90 à titre de contributions d'assistance servies à tort), arrondi à 76'259 francs.

En revanche, les demandes de remise qui auraient été rejetées par décisions des 23 mai 2019 et 21 juin 2019 ne figurent pas dans les arrêts produits. En particulier, le dernier arrêt rendu, à savoir CASSO AI 167/18 et 239/18-210/2019, n'en parle pas. L'état de fait n'a dès lors pas été complété sur ce point.

Enfin, c'est une question de droit et non de fait de savoir si le montant de 76'259 fr. qui a fait l'objet des décisions de restitution peut être imputé des prestations versées par les assureurs sociaux à défaut de subrogation.

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

### **3.1**

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

**3.1.2** En vertu de l'art. 157 CPC, le juge apprécie librement la force probante des preuves en fonction des circonstances concrètes, sans être lié par des règles légales et sans être obligé de suivre un schéma précis (ATF 133 I 33 consid. 2.1 ; TF 5A\_250/2012 du 18 mai 2012 consid. 7.4.1). Il lui appartient d'apprécier dans leur ensemble tous les moyens de preuve apportés, en évaluant la crédibilité de chacun d'eux (TF 4A\_394/2009 du 4 décembre 2009 consid. 2.4, RSPC 2010 p. 147).

Le juge apprécie librement la force probante d'une expertise, comme tout moyen de preuve. Il n'est ainsi en principe pas lié par les conclusions de l'expert et doit apprécier le rapport en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. Toutefois, il ne saurait s'en écarter sans raison sérieuse et doit motiver sa décision à cet égard (ATF 129 I 49 consid. 4 ; ATF 128 I 81 consid. 2 ; TF 5A\_146/2011 du 7 juin 2011 consid. 4.2.1 ; TF 5A\_802/2014 du 7 novembre 2014 consid. 4.1). En effet, l'expertise traite de questions techniques nécessitant des connaissances spéciales dont le juge est en principe dépourvu. Aussi doit-il avoir de bonnes raisons de s'en écarter et ne peut-il, sans motifs valables, substituer son appréciation à celle de l'expert (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; TF 4A\_394/2022 du 27 décembre 2022 consid. 2.2). La mission de l'expert est limitée aux questions de fait, à l'exclusion des questions de droit (ATF 132 II 257 consid. 4.4.1 ; Vouilloz, in Chabloz et al. [éd.], Petit commentaire du Code de procédure civile, 2020, n. 1 ad art. 183 CPC). Pour apprécier l'expertise, le juge doit tenir compte de trois critères, à

savoir que l'expertise doit être complète, compréhensible - le tribunal peut comprendre dans les grandes lignes les fondements et les conclusions de l'expertise -, et convaincante, c'est-à-dire que les conclusions sont logiques et cohérentes. Le magistrat pourra ainsi dénoncer les contradictions entachant les explications de l'expert, arguer que les autres moyens de preuve et les allégations des parties ébranlent sérieusement le tranchant de ses conclusions, ou encore objecter qu'il n'accorde pas la même portée ou la même force probante à des pièces ou témoignages dont l'expert se prévaut. Si nécessaire, le juge doit recueillir des preuves complémentaires lorsque les conclusions de l'expertise judiciaire se révèlent douteuses sur des points essentiels (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; ATF 138 III 193 consid. 4.3.1). Il lui appartient dès lors d'examiner, au regard des autres preuves et des observations des parties, si des objections sérieuses mettent en doute le caractère concluant de l'expertise sur des points essentiels. En d'autres termes, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert, n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (TF 4A\_51/2019 du 14 mai 2019 consid. 5.1 ; TF 4A\_270/2020 du 23 juillet 2020 consid. 5.1.2).

**3.1.3** S'agissant du dommage que subit une personne atteinte d'impotence au sens des assurances sociales, on parle, spécifiquement en droit de la responsabilité civile, de « dommage de soins et assistance » (Frésard-Fellay, *in* Dupont et al. [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 48 ad art. 74 LPGa). Les règles relatives au dommage ménager s'appliquent par analogie à ce dommage (Werro, *La responsabilité civile*, 3<sup>e</sup> éd., 2017, n. 1124).

Le préjudice ménager ou dommage domestique correspond à la perte de la capacité d'exercer des activités non rémunérées, telles que la tenue du ménage, ainsi que les soins et l'assistance fournies aux enfants. Ce type de préjudice donne droit à des dommages-intérêts en application de l'art. 46 al. 1 CO, peu importe qu'il ait été compensé par une aide extérieure, qu'il occasionne des dépenses accrues de la personne partiellement invalide, qu'il entraîne une mise à contribution

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

**3.2** L'appelante ne critique pas le coût du dommage d'assistance retenu par les premiers juges sur la base de l'expertise P.\_\_\_\_\_ (30 fr. de l'heure), mais le temps estimé par cette expertise. Elle expose que l'expert aurait pris en compte le temps supplémentaire consacré « aux soins » mais non pas à « l'assistance » de son fils. Selon elle, le dommage d'assistance aurait été réduit aux soins quotidiens, tels que formulés par l'expert. Celui-ci aurait perdu de vue que V.B.\_\_\_\_\_ a besoin d'une surveillance permanente, de soins permanents et d'accompagnement durable. Comme en première instance, elle allègue que ce temps supplémentaire quotidien s'élève à 4 heures de 2001 à 2006 et à 10h15 de 2006 à 2018. Elle critique également la méthode d'évaluation utilisée par l'expert, faisant valoir que le catalogue des soins « PRN » concerne des soins infirmiers en milieu hospitalier où le personnel ne serait présent que temporairement pour prendre en charge le patient. Contrairement aux soins en milieu hospitalier, les soins à domicile prodigués à son fils nécessiteraient une présence « quasi permanente ». Enfin, le nombre d'heures retenues par l'expert demeurerait bien moindre par rapport à un manque à gagner de la part de l'appelante qui a dû interrompre son

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

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

[...] de « grossière sous-estimation » (all. 177) et avait rejeté purement et simplement les conclusions de Mme [...], qui n'avait eu accès à aucun rapport médical (all. 178).

Par ailleurs, l'intimée a admis l'allégué de l'appelante selon lequel V.B.\_\_\_\_\_ n'avait pas nécessité de « soins supplémentaires » par rapport à un autre enfant jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2001 (212A) » et aux allégués suivants (all. 213 à 216), l'appelante a allégué que le « temps supplémentaire quotidien » était de 4 heures par jour pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 décembre 2003 et de 10,25 heures pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 décembre 2018, allégués que l'appelante a répétés en deuxième instance en y ajoutant la période non précédemment alléguée du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 30 juin 2006 (appel, p. 9). A l'appui des allégués 213 à 216, l'appelante a singulièrement offert les pièces 4 (l'enquête Pro Infirmis précitée) et 30 (le rapport du Dr [...]) et l'expertise.

Avec l'intimée, force est déjà de constater qu'à l'appui de sa prétention relative au dommage d'assistance, l'appelante n'a pas opéré de *distinguo* net entre le temps lié aux « soins » et le temps lié à l'« assistance ».

**3.2.2** Une expertise pour évaluer le dommage d'assistance a été mise en œuvre et confiée au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui a déposé son rapport principal le 7 septembre 2017 et son rapport complémentaire le 25 septembre 2018.

En se prononçant sur les allégués 213 ss, l'expert P.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'était fondé, pour « apprécier le temps nécessaire pour chaque soin de base », sur le document « Système PRN de mesures de la charge temporelle de soins infirmiers ». Il a précisé que l'avantage de ce catalogue était le fait qu'il recouvrait la plupart « des soins et des gestes nécessaires décrits » et que chaque geste y était côté en temps. Pour l'expert, il s'agit d'une méthode neutre et prouvée scientifiquement. Appliquant cette méthode et se fondant sur de multiples évaluations effectuées par les divers intervenants médicaux, l'expert a estimé que le

temps supplémentaire quotidien (au vu de la période alléguée par l'appelante) était le suivant :

<u>Période :</u>	<u>Heures de soins supplémentaires :</u>
01.04.2001 au 31.12.2002	2 heures et 18.5 minutes
01.01.2003 au 31.12.2003	2 heures et 18.5 minutes
01.07.2006 au 31.12.2006	4 heures et 45 minutes
01.01.2007 au 31.12.2018	5 heures et 7 minutes

Dans son rapport complémentaire, l'expert a examiné les critiques que l'appelante adressait au système d'évaluation PRN. L'appelante faisant valoir que ce système n'était pas adapté au cas d'espèce pour les motifs notamment qu'elle n'était pas infirmière et que ce système ne tiendrait pas compte de l'âge de V.B.\_\_\_\_\_, de la technicité des soins à apporter ou encore de l'état de santé de V.B.\_\_\_\_\_ au moment considéré. De manière motivée, l'expert a répondu que les soins prodigués par l'appelante ne nécessitaient pas pour la plupart de formation médicale particulière et que l'appelante était en mesure de les effectuer de manière comparable à une infirmière. Il a également indiqué que le système PRN n'était pas une méthode abstraite, mais qu'il s'agissait d'un système concret prenant en compte l'âge, le sexe et l'état de santé de V.B.\_\_\_\_\_, lequel était d'ailleurs au centre de l'expertise, car il s'agissait de la cause première des soins prodigués (expertise complémentaire, pp. 5 et 6). L'expert a également justifié le temps qu'il avait retenu dans le tableau ci-dessus en exposant sa critique relative aux pièces qui lui avaient été remises. S'agissant des évaluations effectuées par Pro Infirmis à la demande de l'AI (pièces 4, 5, 12), l'expert les a écartées pour le motif que le temps mesuré pour chaque soin par Pro Infirmis n'était pas justifié sur la base d'un système reconnu, alors qu'un tel calcul « semble plus objectif sur la base du catalogue PRN » (expertise complémentaire, p. 6-7). L'expert n'a pas non plus retenu l'évaluation effectuée par Mme [...] (pièce 28) et ni celle du Dr [...] (pièce 30).

**3.2.3** On peut lire à la page 48 du jugement ce qui suit : « Il a été établi que V.B.\_\_\_\_\_ avait besoin de soins médicaux quotidiens, ainsi que d'une aide de son entourage pour la plupart des actes de la vie courante et que, vraisemblablement, la situation n'évoluerait pas ».

A la lecture du jugement, la notion de « frais d'entretien » revient à plusieurs reprises. Par exemple, en page 50, dans l'avant dernier paragraphe ([...], évènement qui a conduit à ce qu'elle doive assumer des frais d'entretien pour celui-ci, indépendamment de savoir quel aurait été ce choix).

La notion de frais d'entretien est développée en page 54 ss du jugement, sous le chapitre « Du calcul du dommage ». En page 55, il est question du manque à gagner des parents : « Les auteurs précités relèvent en outre que les parents d'un enfant handicapé doivent pouvoir faire valoir leur manque à gagner en tant que préjudice s'ils décident de s'occuper de leur enfant handicapé à domicile plutôt que de le placer dans un foyer, ou un hôpital, dite indemnité pour le manque à gagner devant alors être limitée aux frais de soins à domicile proprement dits ».

Les premiers juges mentionnent expressément, en page 55 (dernier paragraphe), que la demanderesse réclame la réparation de son manque à gagner à examiner sous l'angle d'un dommage d'assistance, dont la définition est largement donnée en page 56. Dans la méthodologie à appliquer, il est indiqué qu'un parallèle doit être effectué avec la détermination du dommage ménager, référence faite à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière.

A la lecture de ce raisonnement, déroulé sur plusieurs pages, on ne peut que comprendre qu'il n'est pas uniquement question de soins quotidiens et la lecture que l'appelante fait du jugement, respectivement de l'expertise, est tronquée.

A cet égard, la CPAT s'est basée (p. 57 jgt) sur l'expertise P.\_\_\_\_\_ pour déterminer le temps supplémentaire que l'appelante avait

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

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

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

circonstances qui auraient permis à la CPAT de se distancer du contenu de l'expertise médicale, laquelle était claire, motivée et convaincante. Si l'appelante n'était pas satisfaite par l'expertise, il lui appartenait de requérir une contre-expertise, ce qu'elle n'a pas fait. S'agissant des questions de fait technique et non de droit, il ne revenait pas au juge ni aux parties de se substituer à l'expert.

Il s'ensuit que le premier grief doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

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

**4.1** Le dommage juridiquement reconnu correspond à la différence entre le montant actuel du patrimoine du lésé et le montant que celui-ci aurait atteint si l'événement dommageable ne s'était pas produit. Cette définition exclut de verser au lésé un montant supérieur au préjudice subi (ATF 131 III 360 consid. 6.1 et les arrêts cités). Ainsi, lorsqu'une personne devient invalide à la suite d'un accident, les assurances sociales vont en principe l'indemniser. Le lésé ne peut dès lors réclamer au tiers responsable que la réparation du dommage non couvert par l'assurance sociale (créance directe); pour sa part, l'assureur social acquiert dès la survenance de l'atteinte, par le biais d'une subrogation légale, les prétentions appartenant à la personne lésée qu'elle a indemnisée et celle-ci perd son pouvoir de disposer des droits transférés (ATF 143 III 79 consid. 6.1.3.1; ATF 124 III 222 consid. 3; ATF 124 V 174 consid. 3b). En d'autres termes, les prestations couvertes par les assurances sociales sont déduites du dommage que le lésé peut réclamer au responsable ou à l'assureur de celui-ci. Ce mécanisme permet notamment d'éviter une surindemnisation du lésé (ATF 131 III 12 consid. 7.1, ATF 131 III 360 consid. 6.1).

Cette déduction n'entre toutefois en ligne de compte que pour les prestations (nominales) de l'assureur social qui couvrent un dommage similaire aux prétentions en responsabilité que le lésé peut faire valoir contre le responsable. Il faut qu'il existe, entre les prestations sociales pour lesquelles les assurances sont subrogées aux droits du lésé en vertu de la loi, et le dommage dont la réparation est demandée à l'auteur, une concordance déjà en raison de l'événement dommageable, qui soit au surplus une concordance matérielle, temporelle et personnelle (*Kongruenzgrundsatz* ; ATF 134 III 489 consid. 4.2 et les références; 130 III 12 consid. 7.1; cf. désormais les art. 73 et 74 LPGA : "de même nature" et "pour la même période"). S'agissant de la concordance matérielle, elle est réalisée lorsque la prestation de l'assurance sociale et celle du responsable sur le plan civil ont, d'un point de vue économique, une nature et une fonction correspondantes (ATF 132 III 321 consid. 2.2.1 ; ATF 131 III 360 consid. 7.2 et les arrêts cités).

Aux termes de l'art. 74 LPGA , les droits passent à l'assureur pour les prestations de même nature (al. 1). Sont notamment des prestations de même nature : le remboursement des frais de traitement et de réadaptation par l'assureur et par le tiers responsable (al. 2 let. a) ; les prestations pour impotence, la contribution d'assistance et le remboursement des frais liés aux soins et des autres frais dus à l'impotence (al. 2 let. d). Pour répondre aux exigences de la concordance des droits et à la classification prévue à l'art. 74 al. 2 LPGA, il est justifié en coordination extrasystématique de distinguer deux types de prestations : d'une part, les frais médicaux et les frais de moyens palliatifs matériels (moyens auxiliaires) et, d'autre part, les frais de moyens palliatifs humains. La nature des besoins des grands invalides dépendants peut conduire soit au maintien à domicile, soit à l'hospitalisation ou au séjour permanent en établissement spécialisé. Les frais à caractère médical ou liés au recours des moyens palliatifs matériels sont visés par l'art. 74 al. 2 let. a LPGA, tandis que ceux liés à des moyens palliatifs humains relèvent de l'art. 74 al. 2 let. d LPGA (Frésard-Fellay, op. cit., n. 50 ad art. 74 LPGA).

## 4.2

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

Les premiers juges ont considéré que dès la majorité de V.B.\_\_\_\_\_ (le 2 janvier 2018), l'obligation d'entretien de la mère - et partant son propre dommage - avait cessé. Ils ont imputé les prestations de l'assurance-invalidité perçues par la mère concernant la période antérieure à la majorité de l'enfant et n'ont ainsi pas tenu compte des montants versés aux divers prestataires par l'OAI pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 janvier 2020, car il n'était pas possible de savoir quelle partie de ces montants avait été versée antérieurement ou postérieurement à la majorité. Ils ont également imputé les contributions aux soins versées par les assurances-maladie pour le motif que sous réserve des prestations versées pour l'année 2017 et jusqu'au 2 janvier 2018 - qui n'étaient pas établies -, il s'agissait de frais en lien avec l'impotence pendant la minorité de l'enfant et que, par conséquent, la

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

**4.2.2** L'appelante expose en particulier qu'elle ne conteste pas le principe d'imputation des avantages dans le calcul du dommage, mais estime que les calculs retenus à cet égard par l'expert W.\_\_\_\_\_ n'auraient pas dû être repris par la CPAT. Selon ses propres calculs - qui se fondent sur le nombre d'heures supplémentaires déjà écarté, cf. consid. 3.2.2 ci-dessus -, elle arrive à un solde en sa faveur de 896'695 fr. 10 (1'705'502 fr. 40 pour le dommage d'assistance - 808'807 fr. 30 de prestations versées, à savoir 657'307 fr. 30 de prestations AI versées jusqu'au 2 janvier 2018 et 151'500 fr. d'acomptes versés par l'assureur responsabilité civile). Subsidiairement, si on devait maintenir le nombre d'heures supplémentaires d'assistance retenu par l'expert P.\_\_\_\_\_, le dommage d'assistance s'élèverait à 944'494 fr. 32, les prestations imputables toujours à 808'807 fr. 30 et le solde à lui restituer à 135'687 fr. 02. L'appelante soutient que l'expertise W.\_\_\_\_\_ ne peut revêtir « pleine valeur probante » dès lors que ses calculs ne tiendraient pas compte de

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

### **4.3**

**4.3.1** L'appel se réfère aux pièces 154 et 155. On peut tout d'abord relever que la pièce 155, dont se prévaut l'appelante en pages 11-12 de son appel, ne dit pas ce que l'appelante résume aux pages suivantes, puisque cette pièce n'a pas pu être produite (cf. réponse de Pro Infirmis SA du 29 mars 2016 relatée en page 28 de l'expertise principale W. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2017: « Nous devons cependant vous informer à ce sujet que, tant Mme V.C. \_\_\_\_\_ que son fils M. V.B. \_\_\_\_\_, sont inconnus de notre service de relève »). En réalité, l'appelante semble confondre la pièce 155 avec une autre pièce (la pièce 152 ou 153 ; cf. courrier de Me Damond du 30 octobre 2017 adressé à la Chambre patrimoniale cantonale ; voir aussi expertise principale W. \_\_\_\_\_, p. 11).

L'appelante établit ensuite sa propre liste pour tenter de démontrer que parmi les prestations versées par l'assurance-invalidité seule une petite partie, correspondant au dommage d'assistance, aurait été perçue par elle. Elle soutient qu'il convient de distinguer les montants versés à divers prestataires concernant des frais médicaux (notamment médecins, hôpitaux, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie) et des moyens auxiliaires des montants versés en sa faveur. Selon ses propres calculs, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2001 à fin 2009, l'appelante aurait perçu 272'986 fr. (au lieu de 588'029 fr. 85 retenus par les premiers juges en suivant l'expert économique). Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2017, elle admet le montant de 460'581 fr. retenu par les premiers juges, sous déduction de 76'259 fr. qui ont fait l'objet des décisions de restitution. Sur le plan temporel, on comprend qu'elle reproche à l'expert de n'avoir pas procédé à la distinction entre les prestations versées à l'enfant de celles versées aux autres fournisseurs pour la période courant du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 décembre 2009 (appel, pp. 11 et 12).

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

142 I 155 consid. 4.4.4 ; TF 4A\_622/2018 du 5 avril 2019). L'appelante ne saurait, par conséquent, se plaindre du fait que l'expert n'a pas analysé en détails les éléments exposés en pages 11 et 12 de son appel.

En définitive, le décompte par prestataire fait sous chiffre 2.2 de l'expertise complémentaire (ci-dessus, ch. 7.4.3) répond à « la mission supplémentaire », qui était limitée à une période déterminée (depuis 2010) et à la seule pièce 152 (dans l'esprit de l'appelante 155).

**4.3.2** S'agissant de la pièce 154 et de la critique liée à la concordance matérielle des prestations, l'appelante expose – pour la première fois en deuxième instance – que [...] et [...] ont exclusivement versé des « frais de traitement » et non des « prestations de soins ». Pour [...], elle se plaint qu'un montant de 338 fr. 25 « n'a pas été assuré » et dit que « le montant des quotes-parts s'élève à CHF 1'742.85 ». L'intimée avait expressément requis de l'expert de déterminer « les contributions aux soins » que les assureurs-maladie ont versé à l'enfant. L'expert a listé (autant qu'il l'a pu) les prestations versées par les Caisses maladie entre les années 2000 et le 31 mai 2016 (cf. ci-dessus, ch. 7.1.6.3) et est parvenu à un total de 56'497 fr. 10. L'expert a tenu compte notamment des quotes-parts. L'appelante ne critique pas ce total, mais se plaint de la non-distinction entre « frais de traitement » et « prestations de soins ». Sur le plan juridique, elle soutient que les prestations de diverses caisses maladies ont toutes été considérées par les premiers juges comme étant « de contributions aux soins » définies à l'art. 7a [recte : art. 7] OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), alors qu'il s'agissait pour la plupart des frais de traitement prévus par l'art. 25 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) qui ne pouvaient pas faire l'objet d'une imputation. Ici aussi, l'appelante a renoncé à faire préciser par expertise les éléments qu'elle allègue. Comme on l'a vu (cf. ci-dessus, ch. 7.2.1), elle avait requis (globalement, contrairement à ce qu'elle fait dans son appel) de l'expert de distinguer les frais de traitement (comme le traitement d'une angine) des soins de base prodigués à l'enfant. L'expert ayant considéré que cette

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

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

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

mais de contrôler et corriger le jugement de première instance à la lumière des griefs formulés à son encontre (ATF 142 III 413 consid. 2.2.2 ; TF 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 3.1).

Les rapports W.\_\_\_\_\_ ayant été rendus au cours de la procédure de première instance, l'appelante aurait dû formuler ses critiques nouvelles devant l'autorité précédente, ce qu'elle avait d'ailleurs fait en partie. Les éléments sur lesquels se fonde l'intéressée ne peuvent dès lors plus être pris en compte à ce stade, de sorte que ce grief est irrecevable.

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

En tout état de cause, l'appelante a reçu des prestations dépassant son dommage d'assistance.

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

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

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

**5.3** Dans sa liste des opérations du 4 janvier 2024, l'avocat Laurent Damond, conseil de l'appelante, a indiqué avoir consacré 34 heures et 19 minutes à l'accomplissement de son mandat. Il a notamment facturé le temps dédié à la confection d'un bordereau de pièces (3 juillet 2023), ainsi que celui consacré aux lettres de transmission de son écriture d'appel (3 juillet 2023), de son formulaire AJ accompagné d'une pièce (5 juillet 2023) et de sa liste des opérations (2 courriers du 4 janvier 2024). Ces opérations qui totalisent 1h30 (30 minutes + 4 x 15 minutes) correspondent à du pur travail de secrétariat et sont comprises dans les frais généraux de l'étude. Elles ne peuvent pas être indemnisées comme travail d'avocat (Juge délégué CACI 29 avril 2019/228 ; Juge délégué CACI 2 octobre 2017/437 consid. 7.1 ; CACI 29 juin 2017/277 consid. 4.3 et les réf. citées). Par ailleurs, l'avocat a indiqué avoir consacré 22h25 heures à l'étude du dossier. Or, le conseil de l'appelante avait une bonne connaissance du dossier pour l'avoir suivi en première instance déjà et avait été indemnisé pour une durée de 40h44 minutes (40.73 heures) qu'il avait consacrée à la procédure de première instance. Comme on l'a vu, l'état de fait du jugement en appel ne se distingue pas de celui du jugement en première instance et les principes juridiques applicables sont les mêmes. Dans ces circonstances, 10 heures apparaissent suffisantes pour l'étude du dossier (y compris celle de la réponse de l'intimée déposée le 27 octobre 2023). Il en découle que le temps donnant droit aux honoraires de l'avocat est de 20h24 (34h19 - 1h30 - 12h25). En définitive, les honoraires de Me Damond doivent être arrêtés à 3'672 fr. (20h24 x 180 fr.), montant auquel il convient d'ajouter des débours par 73 fr. 44 (2% x 3'672 fr. [art. 3bis al. 1 Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), ainsi que la TVA à 7,7%, toutes les prestations retenues étant antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2024, soit une TVA de 288 fr. 40 au total, ce qui donne une indemnité de 4'033 fr. 84, arrondie à 4'034 francs.

**6.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenue au remboursement de la part des frais judiciaires et de l'indemnité versée à son conseil d'office, laissés provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC).

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

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

- I.** L'appel est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 8'451 fr. (huit mille quatre cent cinquante-et-un francs), sont mis à la charge de l'appelante V.C\_\_\_\_\_, mais provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Laurent Damond, conseil de l'appelante V.C\_\_\_\_\_, est arrêtée à 4'034 fr. (quatre mille trente-quatre francs), TVA et débours compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité versée au conseil d'office, laissés provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire.
- VI.** L'appelante V.C\_\_\_\_\_ versera à l'intimée H.\_\_\_\_\_ la somme de 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de dépens de deuxième instance.
- VII.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière:

Du

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

- Me Laurent Damond, avocat (pour V.C. \_\_\_\_\_)
- Me Didier Elsig, avocat (pour H. \_\_\_\_\_)

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

- Mme la Présidente de la Chambre patrimoniale cantonale

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), le cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière: