



POUVOIR JUDICIAIRE

C/25187/2011

ACJC/1163/2020

ARRÊT**DE LA COUR DE JUSTICE****Chambre civile****DU MARDI 25 AOÛT 2020**

Entre

A_____, [compagnie d'assurances] sise _____, appelante d'un jugement rendu par la 18ème Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 22 octobre 2019, comparant par Me Stéphanie Neuhaus-Descuves, avocate, avenue de la Gare 2, case postale 217, 1701 Fribourg, en l'étude de laquelle elle fait élection de domicile,

et

Monsieur B_____, domicilié _____, intimé, comparant par Me Marc Mathey-Doret, avocat, Esplanade de Pont-Rouge 4, case postale, 1211 Genève 26, en l'étude duquel il fait élection de domicile.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 30 septembre 2020.

EN FAIT

A. Par jugement incident JTPI/14877/2019 du 22 octobre 2019, notifié à A_____ le 25 octobre 2019, le Tribunal de première instance, statuant par voie de procédure ordinaire, a dit que l'accident du 26 août 1998 était en lien de causalité naturelle avec les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant dont souffrait B_____ (chiffre 1 du dispositif), réservé la suite de la procédure (ch. 2), renvoyé à la décision finale la décision sur les frais et les dépens (ch. 3) et débouté les parties de toutes autres conclusions (ch. 4).

B. a. Par acte expédié le 22 novembre 2019 au greffe de la Cour de justice, A_____ a appelé de ce jugement, dont elle a sollicité l'annulation.

Principalement, elle a conclu à ce que la Cour dise et constate qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle entre l'accident du 16 août 1998 et l'atteinte à la santé alléguée par B_____, sous suite de frais.

Elle a également pris des conclusions préalables subsidiaires tendant à ce que la Cour ordonne une nouvelle expertise judiciaire pluridisciplinaire et mandate pour ce faire de nouveaux experts indépendants.

b. Par réponse du 23 janvier 2020, B_____ a conclu à la confirmation du jugement entrepris, sous suite de frais.

c. Par réplique du 14 février 2020, A_____ a persisté dans ses conclusions.

d. Les parties ont été avisées le 15 avril 2020 de ce que la cause était gardée à juger, B_____ n'ayant pas fait usage de son droit de duplique.

C. Les faits pertinents suivants résultent du dossier :

a. B_____ est né le _____ 1960.

Il est père de deux enfants : C_____, né le _____ 1995, et D_____, né le _____ 1998, issus de son union avec E_____ dont il est divorcé depuis janvier 2016.

_____ de formation, il a travaillé comme _____ durant plusieurs années. En 1992, il a été engagé par F_____ en qualité de chauffeur de véhicule léger dans le cadre de contrats à durée déterminée renouvelés plusieurs fois.

b. Le 26 août 1998, B_____ a été victime d'un accident de la circulation. Son véhicule a été embouti par l'arrière et est venu percuter le véhicule qui se trouvait devant lui. Il a été endommagé à l'arrière (parechoc et jupe enfoncés) et à l'avant

(parechoc décalé sans dommage apparent) et les frais de réparation ont été estimés à 3'537 fr.

Compte tenu des dégâts constatés sur les véhicules, le « *delta-v* » (modification de vitesse du véhicule induite par la collision) a été fixé entre 7 et 13 km/h.

c. L'assureur responsabilité civile de l'auteur de l'accident était G_____, devenue A_____.

d. B_____ a qualifié le choc subi lors de l'accident de violent ou, en tout cas, l'a ressenti comme tel.

Il a allégué qu'il avait, avant l'accident, une personnalité positive, vive et enjouée, qu'il pratiquait plusieurs activités sportives (escalade et voile), qu'il jouait de la guitare et des percussions, qu'il était actif dans le milieu associatif, qu'il avait été le co-fondateur d'une association dans laquelle il était très actif, qu'il donnait régulièrement des concerts bénévoles, qu'il avait une vie sociale très intense et qu'il participait activement aux tâches domestiques quotidiennes et à l'éducation des enfants.

e. F_____ [n'a] pas renouvelé le contrat de travail de B_____, qui arrivait à échéance le 30 septembre 1998.

f. L'accident a été signifié à l'assureur LAA [de] F_____, soit H_____, au moyen d'une déclaration du 31 août 1998 qui évoquait une atteinte à la nuque avec la précision « *coup du lapin* ».

H_____ a versé des indemnités journalières à B_____ au titre de l'assurance accident à compter du 1^{er} octobre 1998.

g. Dans un rapport médical du 11 septembre 1998 (intitulé « *rapport médical initial* ») destiné à l'assureur LAA, le Dr I_____, médecin assistante aux HUG, consultée le lendemain de l'accident par B_____, a posé le diagnostic de contusion cervicale et constaté une « *hypoesthésie bilatérale thoracique avec niveau fluctuant* ».

h. Le rapport médical intermédiaire du 12 septembre 1998, établi par le Dr J_____, médecin traitant de B_____, a dressé le constat de « *contusions cervicales et lombaires* ».

i. B_____ a ensuite été adressé au Dr K_____, neurochirurgien, lequel a posé le diagnostic d'entorse cervicale sévère et décrit les symptômes de cervicalgies sévères sans déficit neurologique dans un rapport du 24 septembre 1998.

j. Le questionnaire complémentaire de [l'assurance] G_____ pour traumatismes cervicaux, complété par le Dr J_____ le 16 octobre 1998, précisait que l'IRM

avait mis en lumière des lésions probablement anciennes. Il était également indiqué que B_____ avait été surpris par la collision et s'était notamment plaint, lors de la première consultation en date du 1^{er} septembre 1998, de vertiges survenus pour la première fois une heure après l'accident, de pertes de connaissance, de nausées, de vomissements, de troubles du sommeil, de céphalées occipitales et de cervicalgies avec irradiation dans l'épaule et le bras. Le diagnostic posé était une distorsion cervicale associée à une « *dépression, dystonie neurovégétative, autres ?* ».

k. Les cervicalgies persistant intensément et l'apparition secondaire de lombalgies basses ont conduit B_____ à être hospitalisé aux HUG du 8 octobre 1998 au 23 octobre 1998 et à être mis au bénéfice d'un arrêt de travail jusqu'au 7 novembre 1998.

Cette hospitalisation a fait l'objet d'un rapport des HUG à l'attention du Dr J_____. Le diagnostic de « *cervicalgie post-traumatique* » y est maintenu et l'examen clinique est qualifié de satisfaisant.

Sous l'angle ostéoarticulaire, l'examen a révélé ce qui suit :

« Rachis cervical : [...] douleur à la palpation des apophyses épineuses en cervical moyen avec musculature para vertébrale sensible à ce niveau, sans contracture. »

« Rachis dorso-lombaire : [...] douleurs à la palpation des apophyses épineuses de D10 à S1 avec renforcement de la douleur au niveau L4-S1. Tension musculaire diffuse et douleur paravertébrale lombaire diffuse. Discrète attitude scoliotique dorsale à convexité gauche. Discrète bascule du bassin à gauche. Le reste des articulations est libre et indolore. »

Les radiographies de la colonne cervicale et de la colonne lombaire effectuées à cette occasion se sont révélées normales.

l. Dans son rapport du 2 novembre 1998 destiné à l'assureur LAA, le Dr L_____ a maintenu le diagnostic de « *cervicalgies post-traumatiques* ». Au chapitre de l'évolution de l'état du patient, il a exposé ce qui suit : « *Persistance 5 semaines après l'accident de cervicalgies intenses avec apparition secondaire de lombalgies basses sans irradiation dans les membres inférieurs. Le bilan neuroradiologique cervical pratiqué par le médecin traitant est sans particularité. Le patient est hospitalisé pour prise en charge et de physiothérapie intensive* ». Il a précisé que ce type de lésions pouvait dans un faible pourcentage de cas conduire à une « *chronicisation de la symptomatologie* » et que la relation entre les cervicalgies présentées et l'accident de circulation du 26 août 1998 paraissait concordante. L'incapacité de travail demeurait totale.

m. Dans une déclaration du 16 novembre 1998 destinée à l'assureur LAA, B_____ a indiqué « *souffrir beaucoup au niveau des cervicales et surtout des lombaires. Quand [il avait] eu l'accident, [il avait] eu en partie le côté gauche paralysé. [Il avait] ressenti aussi des douleurs sciatiques à gauche. Ces douleurs ont été réveillées suite à un accident que [il avait] eu il y a 2 ans (...). Avant cet accident d'il y a deux ans (il s'agissait d'une tendinite), [il n'avait] jamais eu de problème lombaire* ».

n. Lors d'une consultation intervenue en décembre 1998, le Dr J_____ a constaté une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse.

o. Dans un rapport du 11 janvier 1999 destiné à l'assureur LAA, le Dr M_____, spécialiste en chirurgie, a posé les diagnostics suivants : « *traumatisme par extension de la colonne cervicale* », « *entorse cervicale bénigne* », « *cervicalgies* », « *lombalgies* », « *troubles de l'adaptation post-traumatique* ». Les examens pratiqués n'avaient mis en évidence aucune lésion traumatique. Des lombalgies étaient apparues par la suite, dont l'origine accidentelle paraissait difficile à établir au regard du déroulement de l'accident. Si l'évolution avait dans un premier temps été favorable, elle était maintenant défavorable, malgré un traitement mis en place. De son point de vue, la symptomatologie du patient, stressé et angoissé, évoquait un trouble de l'adaptation post-traumatique, éventuellement une évolution sinistrosique, qui n'avait plus aucun rapport avec l'accident, étant précisé que le Dr J_____ partageait son avis quant à l'état psychique du patient.

p. Par décision du 26 février 1999, H_____, se fondant sur le rapport médical du Dr M_____, a mis un terme aux indemnités journalières versées à B_____ dès le 31 janvier 1999.

B_____ s'est opposé à cette décision le 26 mars 1999, soutenant notamment que, même s'il souffrait effectivement de troubles psychiques, comme le relevait le Dr M_____, ces troubles étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 26 août 1988.

q. Le 4 juin 1999, H_____ et B_____ ont signé une convention par laquelle ils s'entendaient pour que la décision du 26 février 1999 soit « *partiellement réformée dans la mesure où la date de rupture du lien de causalité [était] fixée au 1^{er} juin 1999 en lieu et place de celle fixée au 31 janvier 1999* ».

r. A partir de juin 1999, il a été indemnisé par l'assurance chômage dans un délai cadre prenant fin le 31 mai 2001.

s. Dès le 30 septembre 1999, B_____ a été suivi par le Dr N_____, rhumatologue, qui a posé le diagnostic de « *fibromyalgie* » et de « *status post entorse cervicale* » le 26 septembre 2000. Dans un courrier ultérieur, daté du

23 janvier 2003, adressé à l'assurance protection juridique de B_____, il a défini la fibromyalgie comme un « *état douloureux chronique* » appelé également « *trouble somatoforme douloureux* » et s'est également prononcé sur l'état psychique de son patient qu'il considérait dépressif en lien avec la fibromyalgie dont il souffrait.

t. B_____ allègue que son état de santé s'est péjoré et qu'il a continué de souffrir de fortes douleurs cervicales et lombaires chroniques et résistantes à tout traitement, ce qu'il a illustré par la production de nombreuses expertises médicales, pièces et attestations effectuées entre 1998 et 2008, ses atteintes physiques ayant atteint son psychisme par le développement d'une dépression sévère.

Il considère que ces difficultés physiques et psychiques sont à l'origine de son incapacité de travail, de son retrait social, de ses difficultés familiales et de ses difficultés financières, le tout découlant de l'accident du 26 août 1998.

u.a Le 7 décembre 1999, B_____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OCAI) en vue d'une rééducation dans la même profession et de mesures médicales de réadaptation.

u.b L'OCAI a rejeté sa demande par décision du 8 août 2003, confirmée sur opposition le 1^{er} septembre 2004, estimant que B_____ ne souffrait d'aucune atteinte à la santé l'empêchant de travailler.

u.c Le recours formé par B_____ contre cette décision a été admis par le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), qui lui a, par jugement du 20 mars 2006, alloué une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2000.

Ce jugement a été annulé par le Tribunal fédéral par arrêt du 13 mars 2007 et la cause renvoyée au TCAS pour nouvelle expertise (psychique et somatique) et nouvelle décision.

u.d Par jugement du 7 juillet 2008, le TCAS a finalement retenu une incapacité de travail durable de 40% dans toute activité depuis le 1^{er} septembre 2004 et a renvoyé la cause à l'OCAI pour qu'il procède au calcul de son incapacité de gain. Sur le plan psychique, le jugement a constaté que B_____ souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis plusieurs années, probablement avant 1999, soit antérieurement à l'apparition de la fibromyalgie. Le diagnostic de fibromyalgie d'origine psychologique a en outre été posé.

Pour parvenir à cette solution, le TCAS s'est fondé sur deux expertises judiciaires ordonnées après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, soit une expertise

rhumatologique confiée au Dr O_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et sur une expertise psychiatrique confiée au Dr P_____, spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 19 octobre 2007, le Dr O_____ a posé le diagnostic de fibromyalgie. Il a précisé que l'atteinte cervicale suite à l'accident avait disparu et que la cause de la fibromyalgie semblait être d'origine psychologique. Au sujet de la fibromyalgie, il a expliqué que celle-ci n'était pas une « *maladie mais un syndrome qui n'entraînait aucune atteinte anatomique au niveau musculaire, articulaire et neurologique dont la cause semblait souvent d'origine psychologique et semblait concerner des sujets ayant souffert d'épisodes de stress majeurs* ».

Dans son rapport du 21 février 2008, le Dr P_____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Il a précisé qu'il était probable, au vu du rapport établi le 20 janvier 2000 par le Dr J_____ que l'intimé souffrait d'un syndrome dépressif depuis 1999. Ce syndrome devait à l'époque être léger compte tenu des constatations faites en 2002 par le Service médical régional AI, et donc non invalidant. Il s'était par la suite probablement progressivement aggravé, le diagnostic d'épisode dépressif n'ayant été formellement posé qu'en novembre 2004 avec le rapport du Professeur Q_____. Le Dr P_____ n'a pas retenu l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux compte tenu du diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr O_____. Il a estimé son incapacité de travail à 40%.

u.e Le recours formé par B_____ contre le jugement du TCAS du 7 juillet 2008 a été rejeté par arrêt du Tribunal fédéral du 15 septembre 2009. Cette autorité a notamment admis la valeur probante de l'expertise du Dr P_____, retenant que les conclusions procédaient d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical ainsi que de l'examen et que les réponses apportées par l'expert aux questions posées étaient complètes et convaincantes.

u.f Consécutivement à ces décisions, B_____ a été mis au bénéfice d'une demi-rente AI depuis le 1^{er} septembre 2005, qui s'élevait au 4 juillet 2010 à 408 fr. pour lui et à 164 fr. pour chacun de ses enfants.

v. Dans le cadre de la procédure AI, de nombreuses expertises, examens et rapports ont été effectués à la demande des autorités et/ou de B_____.

v.a Dans son rapport médical du 20 janvier 2000, le Dr J_____ a considéré que B_____ avait, suite à son accident de voiture qu'il a qualifié de « *petit* », présenté des « *réactions douloureuses totalement inadéquates avec réactions dépressives et revendicatrices* », précisant que les traitements administrés s'étaient révélés

inefficaces et soulignant que « *le conflit avec son employeur avait aggravé la revendication* ».

v.b Dans son rapport du 11 avril 2002, le Service médical régional (SMR), mandaté par l'OCAI aux fins de réaliser une expertise pluridisciplinaire, a constaté que B_____ souffrait de lombo-pygio-sciatalgies gauches chroniques persistantes et cervicalgies sans substrat anatomique clair et d'un trouble somatoforme douloureux. Faute d'atteinte fonctionnelle objectivable du rachis, de toute pathologie neurologique, irritative ou déficitaire et d'un état dépressif, le SMR a conclu à une pleine capacité de travail de B_____.

v.c Dans son rapport d'expertise du 25 février 2005, le Dr R_____, médecin associé au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de [l'hôpital universitaire de] S_____, s'est prononcé sur le lien de causalité entre les atteintes physiques dont B_____ se plaignait et l'accident.

Pour établir ce rapport, il a sollicité des examens complémentaires auprès de plusieurs spécialistes, dont le Dr T_____, orthopédiste, et le Professeur Q_____, psychiatre.

Dans son rapport daté du 29 septembre 2003, le Dr T_____ a noté une dégénérescence préexistante à l'accident (« *dégénérescence discale aux espaces C3-C4 et C5-C6* » constatée par une IRM cervicale effectuée trois semaines après l'accident) et indiqué que son « *impression première [était] que ce patient [n'était] pas un simulateur mais que son accident lui avait fait prendre conscience de ses troubles dégénératifs avec une composante psychologique qui [lui paraissait] importante* ». Le Dr T_____ a fait une analogie avec son expérience acquise dans le cadre d'expertises effectués pour les tribunaux britanniques, expliquant que la situation récurrente était la suivante : « *Le patient présentait déjà des troubles dégénératifs et tôt ou tard, il aurait commencé à avoir des symptômes. Néanmoins, ce traumatisme a provoqué la symptomatologie actuelle et nous pouvons supposer que cet accident a peut-être provoqué ces symptômes 5 années plus tôt que s'il ne subissait pas cet accident. Ceci n'est pas scientifiquement prouvé mais accepté, en règle générale, par les tribunaux britanniques.* »

Le Professeur Q_____ a, pour sa part, dans un rapport du 8 février 2005, retenu l'existence d'un épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans son arrêt de renvoi du 13 mars 2007, le Tribunal fédéral a dénié toute valeur probante à ce rapport au motif qu'il était essentiellement fondé sur les déclarations de B_____ sans contrôle de ses dires et que certaines des constatations effectuées ne concordaient pas avec les éléments du dossier.

Sur la base de ces examens complémentaires et de ses propres observations, le Dr R_____ a retenu que le lien de causalité entre les atteintes physiques dont

B_____ se plaignait et l'accident était vraisemblable, tout en précisant qu'il fallait tenir compte de facteurs individuels. Sur le plan psychiatrique, il a confirmé la présence d'un état dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique survenu, selon lui, de façon progressive depuis l'accident. Il a également relevé que *« seule une prise en charge globale et la prise en compte de sa souffrance lui permettraient de mentaliser ses handicaps parallèlement à une prise en charge psychiatrique à long terme. Seule la reconnaissance de sa souffrance par les assurances [permettait] d'imaginer qu'il puisse retrouver en lui les ressources nécessaires pour, très progressivement, récupérer une certaine qualité de vie. En ce qui [concernait] la reprise d'une activité professionnelle, elle [était] subordonnée à l'amélioration de sa qualité de vie »*.

w. Parallèlement, B_____ a entrepris un suivi psychiatrique dès 2005.

w.a Il a d'abord entamé un suivi psychiatrique auprès du Dr U_____, psychiatre-psychothérapeute à Genève, lequel a indiqué, dans un courrier du 27 juin 2005, que son patient *« présent[ait] un état dépressif. Diagnostic épisode dépressif majeur modéré. Les thèmes dépressifs s'organisent autour des pertes relationnelles, financières, d'autonomie, d'estime de soi, de statut dans la famille et le couple ; ou sentiment d'avoir fait l'objet d'un traitement suspicieux et injuste. Ces thèmes sont liés aux troubles somatoforme et à ses conséquences directes et indirectes »*.

w.b B_____ a ensuite été suivi par le Dr V_____, [médecin] aux HUG (service de psychiatrie de l'adulte), dans le cadre du programme thérapeutique spécialisé pour les troubles dépressifs et pour les dépressions persistantes.

Dans une attestation médicale du 11 juin 2008, le Dr V_____ a indiqué que le fonctionnement psychique de B_____ était perturbé depuis 1999 (*« cf. notion de stress, anxiété dans l'expertise du Dr M_____ »*) et avait évolué de façon défavorable *« vers la sinistrose et ceci sans possibilité de s'améliorer dans un délai prédictible »*.

D. a. Par demande déposée le 21 novembre 2011 en vue de conciliation, déclarée non conciliée le 16 janvier 2012 et introduite le lendemain devant le Tribunal, B_____ a assigné A_____ en paiement d'une somme totale de 1'352'061 fr. 30 à titre de perte de gain actuelle et future, de dommage de rente, de dommage ménager actuel et futur, de tort moral et de frais avant procès.

b. Par ordonnance du 27 avril 2012, le Tribunal a limité la procédure à l'examen de l'existence d'un acte illicite et d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'acte illicite d'une part et l'atteinte à la santé alléguée par B_____ et le dommage en résultant d'autre part, la question du dommage étant réservée.

c. Par mémoire réponse du 11 juin 2012, A_____ a conclu à ce que le Tribunal constate qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 26 août 1998 et l'atteinte à la santé alléguée par B_____ et déboute ce dernier.

Elle a admis l'existence d'un acte illicite à charge de son assuré et à l'endroit de B_____ mais a contesté la réalisation du lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions alléguées par l'intimé et l'accident.

d. Dans le cadre des audiences qui ont suivi, les parties ont sollicité une expertise judiciaire afin de déterminer s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et les suites invoquées par B_____. Elles se sont mises d'accord pour confier l'expertise à [l'hôpital universitaire de] S_____ et pour que celle-ci comprenne des volets orthopédique, traumatique et psychiatrique.

Lors de l'audience du 4 octobre 2012, B_____ a notamment expliqué avoir attendu la décision en matière d'assurance sociale intervenue en 2010 ou 2011 avant de déposer une action civile car « *auparavant c'était difficile de calculer le dommage* ».

e. Par ordonnance du 18 février 2013, le Tribunal a désigné le professeur W_____, chef du service de neurologie à [l'hôpital universitaire de] S_____, en qualité d'expert. Il lui a notamment confié comme mission de s'entourer de tout renseignement utile et de s'adjoindre les avis d'un neuropsychologue, d'un spécialiste en orthopédie et traumatologie ainsi que d'un psychiatre, puis de donner l'anamnèse, de décrire les plaintes formulées par B_____, de constater les atteintes à la santé dont ce dernier souffrait sur les plans neurologique, neuropsychologique, orthopédique et psychiatrique, et d'indiquer si ces atteintes étaient expliquées par des constatations objectives. Il l'a également chargé d'indiquer si l'accident du 26 août 1998 constituait l'une des conditions *sine qua non* des atteintes à la santé constatées, s'il y avait lieu d'admettre que sans cet accident lesdites atteintes ne seraient pas survenues ou ne seraient pas survenues de la même manière, et si des facteurs étrangers à l'accident jouaient un rôle sur l'état de santé actuel de B_____.

f. L'expertise sollicitée a été rendue le 4 avril 2014. Elle se fonde sur les rapports psychiatrique, neuropsychologique, traumatologique/orthopédique et neurologique réalisés respectivement par le Dr X_____, le Professeur Y_____, le Dr Z_____ et le Professeur W_____, lesquels étaient annexés à l'expertise.

f.a Dans son rapport du 10 mars 2014, établi sur la base des divers rapports médicaux rendus depuis l'accident et d'un entretien avec B_____, le Dr X_____ a posé, sur le plan psychiatrique, les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), après avoir rappelé certains aspects de l'anamnèse du patient et exposé ses observations cliniques. Au sujet de la causalité, il a relevé que cette question

était délicate. Sur le plan psychiatrique, le raisonnement ne se faisait pas en termes de causalité directe, mais circulaire, puisqu'il n'était pas courant que le type d'accident subi par B_____ entraîne les atteintes dont il souffrait actuellement sur le plan psychiatrique. Il était en revanche fréquent que des syndromes douloureux chroniques se développent après ce type de choc, qui agissait alors comme un facteur déclenchant. Quant à la dépression, ses causes étaient en général multiples et il était difficile d'en isoler une qui entraînait l'apparition des troubles. Dans la majorité des cas, une conjonction, notamment temporelle, d'évènements était constatée, dont les conséquences dépassaient la capacité d'adaptation de la personne concernée. En effet, « *un choc n'a pas besoin de revêtir l'intensité d'un évènement qui entraînerait un état de stress post-traumatique pour pouvoir contribuer à l'éclosion d'un tableau dépressif à un moment donné de l'existence* ». Au sujet plus spécifiquement de B_____, il a constaté que l'accident était survenu alors qu'il allait devenir père d'un second enfant et qu'il n'était pas satisfait de ses conditions de travail. A ceci s'ajoutait la présence d'aspects narcissiques dans sa personnalité. Si ces trois facteurs pouvaient avoir contribué à le fragiliser, rien n'indiquait cependant que sans l'accident, qu'il a qualifié d'élément déclenchant, il aurait manqué des ressources nécessaires pour leur faire face, compte tenu notamment de l'absence de pathologie psychiatrique antérieure et de sa « *souplesse adaptative antérieure dans tous les domaines de la vie* ». Ainsi, de son point de vue, B_____ « *n'aurait vraisemblablement pas présenté un état dépressif de cette intensité et d'une telle chronicité en l'absence de l'accident du 26 août 1998* ».

Le Dr X_____ a estimé que l'état de l'expertisé pouvait être considéré comme stabilisé et chronique, les traitements entrepris *lege artis* s'étant révélés impuissants à déployer des effets significatifs. Il n'avait aucune autre mesure à proposer.

f.b Dans son rapport du 14 novembre 2013, la Professeur Y_____ a conclu, sur un plan neuropsychologique, que B_____ présentait « *un déficit exécutif ainsi qu'un léger fléchissement mnésique antérograde verbal en reconnaissance et en consolidation* ». Des signes probables de « *la lignée anxio-dépressive* » ont également été relevés.

f.c Dans son rapport neurologique du 17 septembre 2013, le Professeur W_____ a indiqué que les diagnostics suivants étaient envisageables dans l'attente des rapports des autres sous-experts : fibromyalgie, syndrome douloureux chronique, « *Whiplash associated disorders, stade II* » (troubles associés à une entorse cervicale) et probable dépression. S'agissant d'une éventuelle simulation, il partageait l'avis des Docteurs R_____ et T_____, soit que le patient n'était pas un simulateur, la collaboration qui lui semblait incomplète lors de l'examen clinique pouvant être liée à la peur de la douleur.

f.d Enfin, dans son rapport traumatologique/orthopédique du 17 janvier 2014, le Dr Z_____ a retenu que B_____ présentait une cervico-brachialgie chronique droite sans irradiation radiculaire et relevait qu'il n'y avait pas une bonne corrélation entre l'imagerie, qui mettait en évidence des troubles dégénératifs pluri-étagés de la colonne cervicale, discrets et non spécifiques, et les symptômes présentés. Selon lui, dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique avec de multiples localisations, il était exclu de proposer un traitement chirurgical à B_____ car il n'apporterait aucune amélioration de sa situation globale.

f.e Faisant une synthèse de l'ensemble de ces rapports, l'expert a répondu aux questions du Tribunal de la manière suivante :

Au sujet de l'anamnèse, il a notamment exposé que B_____ avait vécu l'accident comme violent et provoquant un mouvement de flexion-extension de la nuque. Il n'avait pas anticipé le choc et admettait avoir eu « *très peur* ». Il disait avoir ressenti des douleurs qui s'étaient étendues et accentuées au fil du temps. Il avait été suivi médicalement et hospitalisé à plusieurs reprises sans amélioration notable. Il en gardait le sentiment « *d'être un cas complexe, pour qui on ne [pouvait] rien faire, estim[ait] avoir été pris comme cobaye pour faire des tests et avoir été drogué au point de ne plus reconnaître ni sa femme, ni ses enfants* ».

S'agissant des plaintes formulées par B_____, l'expert a constaté qu'elles étaient demeurées les mêmes au gré des multiples expertises auxquelles il s'était plié. B_____ avait indiqué souffrir de douleurs diffuses et constantes le long de la colonne vertébrale, d'irradiations douloureuses fluctuantes dans le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche et de douleurs à la mâchoire. Il s'était également plaint de troubles cognitifs (concentration et mémoire) et avait relevé une souffrance psychique qu'il qualifiait d'importante, alternant entre désespoir et révolte. Il était animé par le sentiment d'avoir « *tout perdu* » (travail, argent, épouse, enfants, amis et loisirs).

Du point de vue de l'expert, si les troubles dont B_____ se plaignait étaient en partie expliqués par des constatations objectives, celles-ci n'expliquaient en revanche pas l'intensité de la douleur exprimée, étant toutefois précisé que la dépression pouvait être un « *facteur aggravant la perception de la douleur* ».

L'expert a posé, « *au vu de l'absence de substrat organique clairement identifiable et objectivable et de la présence de la composante psychiatrique au premier plan* », les diagnostics finaux de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), précisant que la symptomatologie actuelle dépassait les « *Whiplash associated disorders, stade II* ». Il a écarté la possibilité que B_____ puisse être un simulateur, ce qui avait également été écarté par d'autres expertises, au motif que

sa collaboration certes parfois incomplète pouvait être expliquée par la peur de la douleur.

Sur le lien de causalité, l'expert s'est prononcé comme suit : ainsi que l'avait relevé le Dr T_____ dans son expertise de 2003, « *le patient présentait probablement déjà des troubles dégénératifs du rachis et tôt ou tard il aurait commencé à avoir des symptômes, mais son accident lui a fait prendre conscience de ses troubles neuro-dégénératifs. L'accident du 26 août 1998 a été le révélateur de toute la symptomatologie dont souffre actuellement le patient. Si ces troubles étaient apparus plus tard, ils n'auraient très probablement pas été perçus avec une telle intensité. De plus, du point de vue psychiatrique, on peut admettre que B_____ n'aurait vraisemblablement pas présenté un état dépressif de cette intensité et d'une telle chronicité en l'absence de l'accident du 26 août 1998. Donc oui, l'histoire médicale du patient aurait été différente si l'accident du 26 août 1998 ne s'était pas produit* ».

L'expert a précisé que des facteurs étrangers à l'accident contribuaient également à l'état de santé actuel de B_____. Ses douleurs chroniques s'inscrivaient en effet dans un « *modèle holistique de type bio-psycho-social* ». L'affaiblissement de son tissu social (séparation, perte des amis et éloignement des enfants) avait en outre un impact négatif sur sa santé actuelle. Il était enfin possible que les atteintes dégénératives préexistantes de la colonne vertébrale aient pu contribuer à l'évolution défavorable. L'accident avait aggravé ces facteurs étrangers de façon durable et persistante. Le seul facteur clairement externe, à savoir les atteintes dégénératives préexistantes à la colonne vertébrale, contribuait à 20% à l'état de santé actuel de B_____.

Enfin, l'expert a considéré qu'une large place devait être accordée à la physiothérapie, dans la mesure où les traitements en vue de traiter la composante dépressive s'étaient révélés impuissants, et relevé que la guérison de B_____ passait par la légitimation de sa souffrance. Il a souscrit à la conclusion du Dr R_____ selon laquelle « *seule la reconnaissance de sa souffrance par les assurances permet d'imaginer qu'il puisse retrouver en lui les ressources nécessaires pour, très progressivement, récupérer une certaine qualité de vie* ».

g. Lors de l'audience du 3 juin 2014, A_____ a indiqué qu'elle considérait que l'expertise était incomplète, certaines questions demeurant sans réponse, tout en estimant que l'audition de l'expert n'était pas nécessaire. B_____ s'est déclaré pour sa part satisfait de l'expertise.

h. Dans ses conclusions après expertise, B_____ a conclu à ce que le Tribunal constate l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 26 août 1998 et l'atteinte à sa santé ainsi que le dommage qui en résulte et ouvre une instruction sur la question du dommage.

A_____ a, pour sa part, persisté dans les conclusions de son mémoire de réponse, faisant notamment valoir que l'expertise judiciaire ne permettait pas de retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé alléguées par B_____ compte tenu des lacunes qu'elle comportait.

i. Par jugement JTPI/16345/2014 du 16 décembre 2014, le Tribunal, statuant sur incident, a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre, d'une part, l'accident de la circulation dont avait été victime B_____ le 26 août 1998 et, d'autre part, les atteintes à la santé alléguées par celui-ci ainsi que le dommage qui en résultait.

Le Tribunal a tout d'abord considéré que c'était à juste titre que les parties ne contestaient pas l'existence d'un acte illicite.

Il a ensuite admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état de santé actuel de B_____ en se fondant sur l'expertise judiciaire, laquelle avait conclu que, sans l'accident litigieux, le précité n'aurait vraisemblablement pas présenté un état dépressif aussi intense. Les éléments sur lesquels l'expert s'était fondé pour parvenir à cette conclusion étaient convaincants, en particulier la présence d'une « *souplesse adaptative dans tous les domaines* » et d'indices permettant de retenir que sans l'accident B_____ aurait manqué des ressources nécessaires pour faire face aux autres facteurs susceptibles de le fragiliser (arrivée d'un deuxième enfant, insatisfaction professionnelle, présence d'aspects narcissiques dans sa personnalité) ainsi que l'absence d'antécédents psychiatriques.

Enfin, le Tribunal a admis que l'accident était en lien de causalité adéquate avec les troubles présentés par B_____. Il a considéré que s'il était effectivement peu ordinaire que l'accident litigieux, dont le choc qui en a résulté n'était pas objectivement violent, puisse conduire à des troubles aussi intenses que ceux dont souffrait le précité, il ressortait toutefois de l'expertise qu'un accident n'avait pas besoin d'être violent pour contribuer à l'écllosion d'un tableau dépressif, que les symptômes de dépression et de revendication s'étaient rapidement manifestés après l'accident et que les autres facteurs susceptibles de jouer un rôle dans l'état de santé actuel de B_____ (accident antérieur et conflit avec son employeur) étaient antérieurs audit accident.

j. Suite à l'appel formé par A_____, la Cour a, par arrêt ACJC/47/2016 du 11 janvier 2016, annulé ce jugement et renvoyé la cause au Tribunal pour complément d'instruction et nouvelle décision.

La Cour a retenu que l'expertise présentait des lacunes et une motivation insuffisante sur des points essentiels, de sorte qu'il ne pouvait lui être reconnu un caractère probant. En particulier, elle a considéré que l'expertise psychiatrique ne décrivait pas précisément les différentes constatations médicales faites dans les

mois suivant l'accident, quand bien même un examen détaillé des différents diagnostics posés consécutivement à l'accident, notamment sur le plan psychiatrique, apparaissait indispensable pour juger de l'existence d'un lien de causalité naturelle. Par ailleurs, compte tenu de l'important délai qui s'était écoulé entre l'accident et le premier diagnostic d'épisode dépressif moyen en 2005, le Dr X_____ ne pouvait se dispenser d'aborder cette question et d'expliquer les raisons pour lesquelles, malgré ce délai, un lien de causalité naturelle pouvait être retenu entre l'accident et l'épisode dépressif moyen dont souffrait actuellement B_____.

En outre, l'expertise psychiatrique posait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, sans expliquer les raisons pour lesquelles elle estimait justifié de s'écarter des avis médicaux du Dr O_____, qui avait retenu la présence d'une fibromyalgie, et du Dr P_____, qui avait considéré qu'au vu du constat médical opéré par ce dernier, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme n'avait pas à être retenu. De même, le Professeur W_____, qui avait dans un premier temps douté que B_____ puisse souffrir d'un syndrome douloureux somatoforme dans la mesure où il présentait des atteintes dégénératives à la colonne vertébrale, n'exposait pas pour quelles raisons il niait finalement l'existence d'un substrat organique et se ralliait au diagnostic posé par le Dr X_____. Or, cette question était importante puisque la compétence pour se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité naturelle n'était pas la même selon que l'on pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme (atteinte relevant de la psychiatrie) ou de fibromyalgie (rhumatologie).

L'expertise psychiatrique était par ailleurs insuffisamment motivée au sujet de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué chez B_____ puisqu'elle se limitait à émettre un jugement de valeur sur la question de savoir si sur le principe un accident bénin pouvait générer un syndrome douloureux somatoforme sans examiner le cas particulier, à savoir si l'accident litigieux était à l'origine de l'état de santé actuel de B_____.

Enfin, seul le rapport d'expertise final établi par le Professeur W_____ répondait à l'ensemble des questions posées par le Tribunal. Il ne ressortait toutefois pas du dossier que ce rapport, qui consistait en la synthèse des différents rapports rendus par l'expert et les sous-experts, dont le Dr X_____, aurait été soumis à ces derniers pour approbation. Or, dans la mesure où les atteintes diagnostiquées relevaient exclusivement du domaine psychiatrique, le Professeur W_____, qui n'est pas un spécialiste en la matière, se devait, pour que le caractère probant de ses réponses puisse être reconnu, de consulter ses confrères, notamment le Dr X_____, avant de rendre son rapport, ce d'autant que le premier juge avait insisté sur la nécessité d'aboutir à des conclusions concertées. Au vu du caractère complexe de la situation médicale de B_____, les différents experts auraient dû

collaborer afin de déterminer, dans un premier temps, si les lésions physiques constatées chez B_____ seraient apparues sans l'accident, et le cas échéant à quel moment (*statu quo sine*), puis, dans un second temps, si B_____ aurait, consécutivement à l'apparition de ces lésions, développé des troubles psychiques (voire rhumatologiques si le diagnostic de fibromyalgie devait finalement être retenu) de même nature que ceux présentés actuellement.

La Cour a en revanche considéré que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne se justifiait pas, dès lors qu'il n'apparaissait pas que les lacunes que présentait l'expertise judiciaire ne pouvaient être comblées par l'expert nommé et les sous-experts et que ces derniers ne disposeraient pas des compétences professionnelles nécessaires pour procéder aux compléments demandés. Il appartenait au Tribunal de poursuivre l'instruction par le biais d'un complément d'expertise.

k. Le 31 mai 2016, A_____ a déposé une requête d'admission de faits et moyens de preuve nouveaux portant sur un rapport de surveillance effectuée sur B_____ du 16 au 21 novembre 2014, du 14 au 20 décembre 2015 et du 23 au 29 janvier 2016, ainsi que sur des vidéos prises à l'occasion de ces surveillances.

Selon A_____, ce rapport permettait de mettre en évidence les faits nouveaux suivants : B_____ était en mesure d'effectuer des activités du quotidien sans limites dans ses mouvements; il conduisait une voiture à raison de 7 à 10 kilomètres en moyenne par jour et faisait ses commissions régulièrement sans aide; il ne présentait aucun signe d'atteinte à la santé et semblait ne pas souffrir de douleurs au dos et à la nuque; il exerçait parfois une activité en qualité de serveur au sein d'un restaurant _____; il était de contact facile et rencontrait quotidiennement des personnes avec lesquelles il semblait s'amuser et entretenir des relations d'amitié; il rencontrait également deux femmes et semblait entretenir une relation intime avec au moins l'une d'entre elle; il était régulièrement en contact avec son fils qui dormait parfois chez lui.

Ces faits et moyens de preuve nouveaux ont été admis à la procédure par ordonnance du 16 novembre 2016.

Sur les vidéos de surveillance précitées, l'on voit B_____ conduire, accompagner son fils en voiture à l'école, faire ses courses à la AA_____ (étant précisé qu'il s'agit de petits achats déposés dans un petit sac en papier ou pris à la main, excepté la vidéo 23 qui montre deux sacs en papier), discuter avec des personnes dans la rue et aider ponctuellement un ami à faire le service dans son restaurant.

l. Par ordonnance du 10 mai 2017, le Tribunal a limité l'objet du complément d'expertise et ainsi du procès à la causalité de principe, ordonné un complément d'expertise afin d'obtenir les descriptions, explications et motivations requises dans l'arrêt ACJC/47/2016 du 11 janvier 2016 et a désigné le Dr X_____ en qualité d'expert, le professeur W_____ ayant pris sa retraite.

Il lui a notamment confié la mission de prendre connaissance du rapport de surveillance précité, de s'adjoindre les avis, motivations, explications et éventuels rapports complémentaires du Professeur W_____, du Professeur Y_____ et du Dr Z_____ et de compléter le rapport du 4 avril 2014 en décrivant précisément les différentes constatations médicales effectuées dans les mois suivant l'accident, notamment sous l'angle psychiatrique (3.5.1), en expliquant, compte tenu du délai écoulé entre l'accident et le premier diagnostic « *d'épisode dépressif moyen* » posé le 8 février 2005, pourquoi un lien de causalité naturelle pouvait être retenu entre l'accident et ce dernier diagnostic (« *volet psychiatrique* »; 3.5.2), en expliquant les raisons qui justifiaient de s'écarter des avis médicaux du Dr O_____ (2007) retenant une fibromyalgie et du Dr P_____ (2008) considérant que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ne pouvait pas être retenu (3.5.3), en expliquant les raisons qui justifiaient de nier, dans le rapport d'expertise final, « *l'existence d'un substrat organique* » (présence d'atteintes dégénératives à la colonne vertébrale) au profit du diagnostic posé dans le volet psychiatrique (syndrome douloureux somatoforme ; 3.5.4), en motivant concrètement la conclusion constatant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et le syndrome douloureux somatoforme (volet psychiatrique ; 3.5.5), en déterminant de manière concertée avec les différents experts si les lésions physiques constatées chez B_____ seraient apparues sans l'accident, et le cas échéant à quel moment, puis, dans un deuxième temps, si le précité aurait, consécutivement à l'apparition de ces lésions, développé des troubles psychiques, voire rhumatologiques selon le diagnostic retenu en définitive, de même nature que ceux qu'il présentait actuellement (3.5.6) et en motivant la conclusion obtenue sous chiffre 3.5.6 à la lumière notamment du constat du Dr T_____ selon lequel « *l'accident avait anticipé de 5 ans l'apparition des symptômes liés aux troubles dégénératifs préexistants* » (3.5.7) et en répondant à une série de questions (3.6).

m. L'expertise complémentaire sollicitée a été rendue le 22 janvier 2019.

Le Dr X_____ a précisé avoir fondé son rapport sur un entretien avec B_____ du 2 juillet 2018, sur les éléments du dossier qui lui avaient été remis, y compris le rapport de surveillance, ainsi que sur l'expertise du professeur W_____. En préambule, il a signalé que le rapport complémentaire se limitait aux aspects psychiatriques, B_____ s'étant opposé à toute autre évaluation.

Sous la rubrique anamnèse, l'expert a repris textuellement les éléments anamnestiques de son rapport du 10 mars 2014, ainsi que de deux expertises psychiatriques, soit celle du Professeur Q_____ (rapport d'expertise du 25 février 2005) et celle du Dr P_____ (rapport du 21 février 2008). Selon les déclarations de B_____, ce dernier ne présentait aucun trouble psychiatrique avant l'accident. L'expertisé avait entrepris un suivi psychiatrique fin 2004. Selon l'expert, « *tous les avis psychiatriques, qu'ils soient experts ou des médecins traitants, se rejoign[ai]ent au fil des ans pour évoquer un pronostic défavorable du trouble*

dépressif, rapidement chronifié, manifestement résistant et intriqué [sic] avec la problématique douloureuse ». Dans le cadre du complément d'expertise, B_____ avait indiqué ne pas avoir repris de suivi psychiatrique et pharmacologique en raison de l'absence d'efficacité des médicaments et de leurs effets secondaires. Son quotidien n'avait pas évolué, ses enfants représentant ce qui le « *fai[sait] tenir* ». B_____ avait décrit une thymie fluctuante et avait rapporté des moments d'absence, soit de retranchement (déconnexion). Il maintenait une relation affective tout en restant en retrait car il ne parvenait pas à formuler des projets d'avenir et ne s'imaginait pas pouvoir à nouveau vivre une relation durable. Enfin, il s'était montré virulent contre le procédé de surveillance dont il avait fait l'objet.

Sous la rubrique observation clinique, l'expert a relevé que B_____ ne manifestait pas de troubles de l'orientation, de l'attention ou de la vigilance mais qu'il s'était montré d'emblée agité, irritable, se plaignant avec véhémence de la procédure et du fait que les avis médicaux soient sans cesse remis en cause. Il s'était, de fait, montré totalement opposé à ce que sa situation soit également revue par des collègues somaticiens, refusant même de se présenter, le cas échéant, à un second entretien. L'expert a relevé une forte émotionnalité se manifestant dans le contexte de la procédure, où s'exprimaient des sentiments mêlés de désespoir, d'anxiété, de rage, d'incompréhension et de frustration. L'expertisé ne présentait pas de signe du registre de la psychose, d'hallucinations, de "*troubles du moi*" et de caractère délirant. Sur le plan thymique, B_____ manifestait un « *sentiment d'abattement* », « *une perte d'espoir* ». Il décrivait une aboulie, une asthénie ainsi qu'une anhédonie contre lesquelles il cherchait parfois à lutter, surtout pour ses enfants. S'il évoquait l'apparition de fréquentes idées suicidaires, celles-ci étaient toutefois fugaces car rapidement chassées. B_____ décrivait la présence d'une « *anxiété diffuse, fluctuante, très réactive à chaque étape de la procédure, sans phobie spécifique* » ainsi que « *des troubles du sommeil, en lien avec les fluctuations des douleurs mais également des ruminations et de son niveau d'anxiété* ». Les douleurs sont décrites comme « *présentes constamment, d'intensité fluctuante selon des variables que Monsieur B_____ ne peut identifier ou nommer, admettant cependant qu'elles puissent être plus marquées lorsqu'il est davantage stressé* ».

L'expert a maintenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Sous la rubrique discussion, il a repris certains passages de son rapport du 10 mars 2014, rappelant que l'expertisé présentait une évolution psychique défavorable depuis l'accident de 1998 mais également l'absence d'antécédents psychiatriques familiales, de même que l'absence de troubles psychiatriques antérieurs à l'accident. L'expert relève ce qui suit : « *L'accident du 26 août 1998, _____ jours avant la naissance de son deuxième enfant, est venu bouleverser un équilibre psychique jusque-là fonctionnel dans tous les domaines de la vie. L'évolution a été*

marquée par la généralisation et la persistance des douleurs, accompagnées de manière vraisemblablement conjointe d'une symptomatologie dépressive qui reste persistante à ce jour et qui s'est montrée résistante aux traitements entrepris lege artis. Nous reconduisons ainsi le diagnostic posé précédemment d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, épisode désormais chronifié. Les conséquences de cet état dépressif ont été marquées dans tous les domaines de la vie (...). Parallèlement, les douleurs sont restées au premier plan des plaintes exprimées par Monsieur B_____. Que l'on préfère maintenir un diagnostic rhumatologique de fibromyalgie, ou celui psychiatrique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ne change pas grand-chose à la difficulté pour la médecine actuelle d'explicitier de manière convaincante les mécanismes physiopathologiques fondamentaux à l'œuvre dans le développement de ce type de vécu douloureux ». Les diagnostics, explications et conclusions du rapport du 10 mars 2014 gardaient dès lors toute leur pertinence.

Quant à la symptomatologie dépressive, l'expert a rappelé la teneur du rapport du Dr P_____ du 21 février 2008 ainsi que de ceux du Dr M_____ du 11 janvier 1999, du Dr J_____ du 20 janvier 2000, du SMR du 26 mars 2002, du Professeur Q_____ du 5 juillet 2005 ainsi que du Dr V_____ du 11 juin 2008 pour conclure qu'il n'y avait pas eu de suivi psychiatrique avant 2005 et qu'« *hormis lors de l'évaluation faite au SMR en 2002, tous les psychiatres ayant été amenés à se pencher sur la situation de Monsieur B_____ (tant les experts que les thérapeutes) [avaient] retenu la présence d'une symptomatologie dépressive, dont l'intensité [était] décrite comme variable, de sévère à modérée, mais présente de manière continue, se manifestant par des symptômes typiques mais également par des symptômes plus atypiques comme la dimension dysphorique, par exemple* ». L'expert a souligné ne pas avoir connaissance de documents médicaux spécifiquement psychiatriques datant des premiers mois suivant l'accident. Toutefois, le Dr J_____, qui n'avait pas revu son patient depuis octobre 1999, avait signalé début 2000 la symptomatologie dépressive de son patient. De même, le Dr M_____ avait constaté en janvier 1999 une évolution « *tout à fait inhabituelle* » chez un patient « *extrêmement stressé, angoissé* ».

L'expert a ajouté que « *[l]a dimension revendicative dans l'expression des plaintes de Monsieur B_____ tranpar[aisait] tout au long du dossier médical, de même que leur caractère dramatique, voire parfois démonstratif, par exemple lors des entretiens dans le cadre des expertises. Il [était] possible que ces aspects de querulence aient pu faire douter certains investigateurs de la réalité de l'existence d'une dimension dépressive chez Monsieur B_____ . On ne saurait toutefois s'y tromper, tant il est connu que le désespoir se cache parfois derrière des paravents d'agressivité ou de colère. Cette dimension dysphorique avait par ailleurs conduit le Dr V_____ à poser le diagnostic de modification durable de la personnalité suite à un accident. Si l'on ne peut qu'être d'accord avec l'analyse du Dr P_____ qui rejette pour sa part cette qualification (expertise du 21 février 2008, p. 15), il*

n'en demeure pas moins que l'on comprend que le Dr V_____ ait pu chercher à rendre ainsi compte de la dimension véritablement pathologique des réactions excessives de Monsieur B_____ dans certains contextes. Dans cette même optique, le Dr P_____ pose quant à lui la question d'un trouble de personnalité, autre manière de tenter d'en rendre compte. Il ne retient finalement pas ce diagnostic, ce qui nous paraît également conforme, mais soulève l'hypothèse d'un trait de personnalité pathologique, de type narcissique. »

Après avoir rappelé la teneur de son rapport du 10 mars 2014 quant au contexte de l'accident dont avait été victime B_____ (arrivée imminente d'un deuxième enfant, insatisfaction professionnelle), l'expert a encore relevé qu'« il [apparaissait] que [c'était] bien sur le plan psychiatrique que les conséquences de l'accident de 1998 [s'étaient] manifestées. Toutes les difficultés existentielles de Monsieur B_____ paraiss[aient] alors avoir été comme aspirées dans une spirale faite de douleurs, d'angoisses pour l'avenir, de désespoir par moments et d'un cortège fluctuant de symptômes dépressifs, d'atteinte narcissique se manifestant notamment par des pulsions hétéro-agressives, ne parvenant pas à trouver de résolution. Ainsi, la composante psychique des douleurs [lui paraissait] manifestation suffisante, quel que puisse être le sous-bassement [sic] organique qui les support[ait] et quelle que soit l'inscription nosographique qui en [était] faite, pour retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ». D'ailleurs, tous les praticiens s'accordaient sur ce diagnostic, à l'exception du Dr P_____ qui, dans son expertise, indiquait de façon lapidaire que le Dr O_____, rhumatologue, ayant retenu une fibromyalgie, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant n'avait pas été retenu. Selon l'expert, s'agissant de B_____, il paraissait « spécieux de vouloir catégoriser, voire opposer, au travers de la nosographie, la nature et l'origine des douleurs, psychiques versus organiques », tous les intervenants somaticiens s'étant « montrés unanimes à indiquer que les atteintes organiques objectivables, par des moyens visuels notamment, ne permett[aient] en aucun cas de rendre compte de l'extension et de l'intensité du vécu douloureux exprimé par Monsieur B_____, et ce dès le début des suites de l'accident. Seule une compréhension en termes de fonctionnement psychique permettait d'en rendre compte (...). C'[était] dans le cadre du fonctionnement psychique spécifique de Monsieur B_____ que la survenue de cet accident dans le contexte de vie qui était le sien à ce moment-là [avait] pris cette tournure et épousé la forme de séquelles à la fois douloureuses et dépressives, se manifestant par une restriction nette des aptitudes sociales ».

S'agissant du rapport de surveillance, l'expert a considéré que « [l]e fait de pouvoir, aujourd'hui, aller faire quelques courses, aider quelques fois au restaurant d'un ami ou parvenir à jouer quelques notes de musique ne montr[ait] finalement pas autre chose qu'une restriction sociale nette par rapport à ce qu'était la vie de Monsieur B_____ auparavant, au regard des descriptions qu'il [avait] pu en faire tant aux différents intervenants experts que thérapeutes. Le

visionnement des surveillances effectuées et l'examen du rapport effectué par la société AB_____ n'apport[aient] à cet égard pas d'éléments pertinents d'un point de vue psychiatrique. En effet, un état dépressif moyen n'[était] pas incompatible avec l'exercice de quelques activités domestiques et sociales et l'expression des douleurs rest[ait] toujours modulée par des éléments de contexte », comme l'avait relevé le Dr U_____ en 2005, selon qui « le trouble douloureux [était] en évolution chronique depuis 1998, sans rémission » avec « une légère amélioration, très lente et beaucoup en rapport avec l'amélioration de la capacité de Monsieur B_____ de gérer son trouble » et l'humeur « modifiable lors d'évènements sociaux gratifiants ».

L'expert a ensuite complété son rapport comme suit :

S'agissant du point 3.5.1 de l'ordonnance du 10 mai 2017, il a renvoyé à l'anamnèse et à la discussion, précisant que l'expertise du Dr P_____ de 2008 contenait les éléments les plus informatifs.

Si le diagnostic de dépression n'était posé qu'en 2005, et n'était plus remis en question par la suite, des éléments médicaux en faveur de l'existence d'une symptomatologie psychiatrique se retrouvaient dans des rapports antérieurs, notamment dans l'expertise du Dr M_____ du 11 janvier 1999. Ces éléments objectifs, bien que rapportés par un médecin non psychiatre, étaient concordants avec les aspects subjectifs décrits par B_____ lors de l'expertise réalisée par le Professeur Q_____ par exemple (3.5.2).

S'agissant du point 3.5.3, l'expert a renvoyé à la discussion.

Il a ensuite expliqué les raisons qui justifiaient de nier l'existence d'un substrat organique au profit du diagnostic posé dans le volet psychiatrique, soit d'un syndrome douloureux somatoforme de la manière suivante. Si seuls les diagnostics psychiatriques avaient été formellement retenus dans le rapport final, les composantes organiques des douleurs n'avaient pas été niées dès lors qu'avaient été retenues comme « *étiologie clairement externe à l'accident les lésions dégénératives déjà présentes auparavant. Il [était] difficile de savoir la part de ces lésions dans l'évolution actuelle mais* » elles avaient été estimées à 20% dans le rapport final (3.5.4).

Comme il était déjà indiqué dans le rapport d'expertise de 2014, d'un point de vue psychiatrique, B_____ n'aurait vraisemblablement pas présenté un état dépressif de cette intensité et d'une telle chronicité en l'absence de l'accident du 26 août 1998 (3.5.5).

B_____ ayant exclu tout nouvel examen en dehors de l'entretien avec l'expert psychiatre en date du 2 juillet 2018, le Dr X_____ n'avait pas pu faire appel à d'autres experts. S'agissant de la symptomatologie psychiatrique, « *ce type de*

tableau complexe se développ[ait] habituellement, comme cela [avait] été le cas [en l'espèce], dans les suites d'un évènement soudain et inattendu. Le caractère imprévisible et bref de l'évènement déclencheur, qui [venait] faire irruption dans le psychisme, [jouait] un rôle déterminant dans l'apparition et l'évolution de la symptomatologie psychiatrique. Le développement de douleurs progressives, en lien avec des altérations dégénératives du rachis, n'aurait vraisemblablement pas été de nature à produire de tels effets sur le fonctionnement psychique » (3.5.6 et 3.5.7).

Enfin, l'expert a répondu comme suit aux questions posées par le Tribunal :

Les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) étaient maintenus (3.6.1). Pour répondre à la question « *sur quelles constatations médicales objectives ces diagnostics [étaient]-ils posés et à partir de quand* », l'expert a renvoyé à la discussion (3.6.2).

L'accident du 26 août 1998 constituait, selon l'expert, l'une des conditions *sine qua non* des atteintes constatées sur le plan psychiatrique. Il a pour le surplus renvoyé à sa réponse sous 3.5.5. (3.6.3, étant précisé que le Tribunal a demandé à l'expert de « [r]épondre précisément pour chaque atteinte et motiver la réponse, notamment en lien avec le temps écoulé et le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé en 2005 et quant au cas particulier de [B_____]).

A la question de savoir si après avoir confronté les plaintes subjectives de B_____ avec les constatations faites dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire ayant conduit aux diagnostics retenus dans le rapport final, voire dans le rapport d'expertise complémentaire, et avec le rapport de surveillance et vidéos produits à la procédure, une concordance entre les plaintes subjectives de B_____, les constatations cliniques faites dans le cadre de l'expertise judiciaire et les observations qui pouvaient être faites par les experts à l'examen dudit rapport de surveillance et desdites vidéos pouvait être constatée, l'expert a répondu que, comme indiqué dans la discussion, les diagnostics posés sur le plan psychiatrique étaient maintenus (3.6.4). L'examen du rapport de surveillance et des vidéos produites ne modifiait pas son diagnostic (3.6.5).

n. Lors de l'audience du 26 mars 2019, A_____ a fait valoir que l'expert avait été partial et a sollicité une contre-expertise, ce à quoi B_____ s'est opposé, faute pour la partie adverse d'avoir évoqué un motif de récusation. B_____ a contesté s'être opposé à de nouveaux examens.

Les parties n'ont pas requis l'audition de l'expert.

o. Lors de l'audience du 6 juin 2019, les parties ont plaidé, persistant dans leurs conclusions respectives.

E. Dans le jugement entrepris, le Tribunal a rappelé que son jugement portait uniquement sur l'examen de la causalité naturelle de principe, soit l'existence d'un lien de causalité entre l'élément générateur de responsabilité et la violation du bien juridique protégé et que la Cour, dans son arrêt ACJC/47/2016 du 11 janvier 2016, n'avait pas ordonné l'établissement d'une nouvelle expertise, mais un complément d'expertise, ce qui n'impliquait aucune remise en cause, ni des compétences des experts intervenus précédemment, ni d'une quelconque impartialité de leur part. Le fait que l'expert confirme le rapport initial en l'expliquant et en l'étayant n'était pas propre à remettre en cause son impartialité.

Bien que B_____ ne se soit pas soumis à un nouvel examen par les autres médecins et que, partant, l'expert n'ait pas été en mesure de confronter son point de vue à celui des autres spécialistes, ni de faire valider son complément d'expertise par ses confrères, l'expertise complémentaire n'était pas dénuée de valeur probante, tant l'aspect psychiatrique prédominait dans ce dossier, les diagnostics posés relevant uniquement de ce domaine et l'expert ne changeant pas sa position. C'était d'ailleurs l'absence de validation par l'expert psychiatrique qui avait été relevée par la Cour dans son arrêt du 11 janvier 2016. Enfin, trois des quatre rapports sur lesquels s'était fondé le rapport d'expertise du 4 avril 2014 mettaient en lumière des symptômes dépressifs (rapports des Dr X_____, Professeur Y_____ et Professeur W_____).

Si le diagnostic d'épisode dépressif n'avait été formellement posé qu'en février 2005, les symptômes de la dépression transparaisaient déjà dans les mois qui avaient suivi l'accident. Les éléments objectifs rapportés par des médecins (Dr M_____, Dr J_____, Dr N_____, Dr V_____) corroboraient les aspects subjectifs décrits par B_____. Ce dernier souffrait de symptômes dépressifs, non invalidants, depuis début 1999. Compte tenu de ce qui précède, et faute d'antécédents psychiatriques avant l'accident, l'expert avait confirmé l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et ce premier diagnostic.

S'agissant du second diagnostic, l'expert l'avait également confirmé, relevant que tous les praticiens étaient unanimes, à l'exception du Dr P_____. Ce dernier avait en effet écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux car le Dr O_____, rhumatologue, avait posé le diagnostic de fibromyalgie. Sur ce point, le Tribunal a relevé que le Dr O_____ avait indiqué que la fibromyalgie n'était pas une « *maladie mais un syndrome qui n'entraînait aucune atteinte anatomique au niveau musculaire, articulaire et neurologique dont la cause semblait souvent d'origine psychologique et semblait concerner des sujets ayant souffert d'épisodes de stress majeurs* », confirmant ainsi la dimension psychique, respectivement psychiatrique, des souffrances de B_____.

Pour l'expert, les conséquences de l'accident de 1998 s'étaient manifestées sur le plan psychiatrique et les diagnostics posés étaient en lien de causalité naturelle

avec cet accident. Ce n'était pas la situation personnelle et professionnelle de B_____ au moment de l'accident qui avait induit les conséquences psychiatriques dont il souffrait aujourd'hui, mais l'accident survenu dans le contexte de l'époque. Comme constaté dans le rapport de 2014, B_____ aurait, sans l'accident, disposé des ressources nécessaires pour surmonter sa situation personnelle. L'expert n'a pour autant pas nié le substrat organique, dès lors qu'il a rappelé la teneur de l'expertise de 2014, laquelle avait retenu « *comme étiologie clairement externe à l'accident, les lésions dégénératives déjà présentes* » et avait évalué leur part dans l'évolution actuelle de B_____ à 20%. A cet égard, l'expert avait expliqué que « *le développement de douleurs très progressives, en lien avec des altérations dégénératives du rachis, n'aurait vraisemblablement pas été de nature à produire de tels effets sur le fonctionnement psychique de [B_____]* ». C'était précisément le « *caractère imprévisible et bref* » de l'accident qui avait fait « *irruption dans le psychique* » et jouait un « *rôle déterminant dans l'apparition et l'évolution de la symptomatologie psychiatrique* ». Ainsi, les seules atteintes dégénératives dont souffrait B_____ n'auraient pas engendré les troubles diagnostiqués aujourd'hui.

Pour ces motifs, le Tribunal a retenu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 26 août 1998 et le diagnostic posé par l'expert.

EN DROIT

1. **1.1** L'appel est recevable pour avoir été interjeté auprès de l'autorité compétente (art. 120 al. 1 let. a LOJ), dans le délai utile de 30 jours (art. 142, 145 al. 1 let. c et 311 al. 1 CPC) et selon la forme prescrite par la loi (art. 130, 131 et 311 CPC) à l'encontre d'une décision incidente (art. 308 al. 1 let. a CPC) – puisque le prononcé par la Cour de céans d'une décision contraire aurait pour conséquence d'entraîner le rejet de la demande en paiement formée par l'intimé et partant de mettre fin au procès (art. 237 CPC) – rendue dans le cadre d'une affaire patrimoniale dont la valeur litigieuse est, compte tenu de la quotité des prétentions contestées en première instance, supérieure à 10'000 fr. (art. 91 et ss et 308 al. 2 CPC).
- 1.2** La Chambre de céans revoit la cause en fait et en droit avec un plein pouvoir d'examen, dans les limites posées par les maximes des débats et de disposition applicables au présent contentieux (art. 55 et 58 CPC).
2. L'intimé soutient que les allégués « *ad 3* », « *ad 4* » et « *ad 22* » figurant dans l'acte d'appel sont nouveaux et partant irrecevables.
 - 2.1** Aux termes de l'art. 317 al. 1 CPC, qui régit de manière complète et autonome l'admission d'allégations et d'offres de preuve nouvelles en appel (ATF 138 III 625 consid. 2.2), de tels faits et moyens probatoires ne sont pris en considération que s'ils sont invoqués ou produits sans retard (let. a) et s'ils ne

pouvaient l'être devant la première instance, bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (let. b).

Il appartient au plaideur qui entend se prévaloir en appel d'un fait ou d'un moyen de preuve qui existait déjà lors de la procédure de première instance de démontrer qu'il a fait preuve de la diligence requise, ce qui implique notamment d'exposer précisément les raisons pour lesquelles le fait ou le moyen de preuve n'a pas pu être invoqué devant l'autorité précédente (ATF 144 III 349 consid. 4.2.1).

2.2 En l'espèce, les faits exposés par l'appelante sous « ad 4 » et « ad 22 » ne sont pas des faits nouveaux mais des développements de faits déjà allégués.

En effet, sous « ad 4 », l'appelante ne fait que reprendre un allégué déjà formé en première instance et repris par le premier juge, soit la date de naissance du deuxième enfant de l'intimé, et sous « ad 22 », l'appelante déduit de l'absence d'allégués à ce propos que l'intimé n'a pas annoncé de rechute auprès de l'assurance-accident, laquelle avait cessé le versement des indemnités au 1^{er} juin 1999.

Les faits exposés sous « ad 3 » concernant le fait que le contrat de l'intimé au sein de F_____ arrivait à échéance le 30 septembre 1998, qu'il n'a pas été renouvelé et que cette décision avait été contestée par l'intimée ont déjà été invoqués en première instance par l'appelante (allégué 16 de sa réponse du 11 juin 2012), de sorte qu'ils ne sont pas nouveaux.

En revanche, bien que l'appelante ait produit en première instance la pièce 6, dont un passage est allégué pour la première fois en appel, cela ne suffit pas pour admettre la recevabilité des autres faits relatés. En effet, l'allégation globale d'un ensemble de faits par simple référence aux pièces produites n'est pas suffisante; à plus forte raison, un ensemble de faits passé entièrement sous silence dans les mémoires, même s'il peut être reconstitué par l'étude des pièces, n'est pas valablement introduit dans le procès, et il est donc nouveau si une partie s'avise de s'en prévaloir en appel seulement (arrêt du Tribunal fédéral 4A_309/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2). Ces faits sont donc irrecevables, l'appelante n'ayant pas expliqué les raisons pour lesquelles elle aurait été dans l'impossibilité de les alléguer devant le premier juge.

- 3.** L'appelante fait grief au premier juge d'avoir retenu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 26 août 1998 et les atteintes à la santé dont souffre l'intimé.

Elle soutient que le complément d'expertise du Dr X_____ sur laquelle le premier juge s'est fondé ne revêt aucune force probante compte tenu des lacunes qu'il comporte. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du

26 août 1998 et les atteintes à la santé dont souffre l'intimé aurait dès lors dû être niée, faute d'avoir été démontrée.

3.1 Selon l'art. 58 al. 1 LCR, si par suite de l'emploi d'un véhicule automobile, une personne est blessée ou qu'un dommage matériel est causé, le détenteur est civilement responsable. Le mode et l'étendue de la réparation, dans les cas soumis à la LCR, sont régis par les principes du code des obligations concernant les actes illicites (art. 62 al. 1 LCR). L'obligation de réparer est dès lors déterminée d'après les principes généraux de l'art. 41 CO.

En l'occurrence, la présente cause est limitée à l'examen du lien de causalité naturelle de principe entre l'élément générateur de responsabilité et la violation du bien juridique protégé, conformément à l'ordonnance du Tribunal du 10 mai 2017.

3.1.1 Un fait est la cause naturelle d'un résultat dommageable s'il en constitue l'une des conditions *sine qua non* (ATF 132 III 715 consid. 2.2 ; ATF 122 IV 17 consid. 2c/aa).

Un lien de causalité naturelle entre un événement dommageable et une atteinte à la santé suppose que, sans l'évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Toutefois, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte; il suffit que l'évènement, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte physique ou psychique à la santé (DUC, Notion de causalité naturelle en cas de lésions corporelles, Apport du droit des assurances sociales au droit de la responsabilité civile, in AJP/PJA 5/2010 p. 644 ss). L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur de responsabilité et le dommage est une question de fait que le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée selon la règle de la vraisemblance prépondérante, lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (ATF 125 IV 195 consid. 2b ; 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 133 III 462 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_543/2014 du 30 mars 2015 consid. 6.1, non publié in ATF 141 III 97).

Dans une jurisprudence portant sur un accident de type « *coup du lapin* », le Tribunal fédéral a précisé que les principes applicables à la causalité naturelle en droit des assurances sociales le sont aussi en droit de la responsabilité civile. A cet égard, il a indiqué qu'il n'y avait pas de motif de faire des distinctions (arrêt du Tribunal fédéral 4A_494/2009 du 17 novembre 2009, consid. 2.2). Ainsi, dans ces deux domaines du droit, pour ce qui est de la relation de causalité naturelle entre une lésion corporelle et un événement, le lien doit répondre au degré de la vraisemblance prépondérante (haute vraisemblance ; DUC, op. cit., p. 644 ss). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs

importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les arrêts cités). Il suffit que le lésé prouve que l'accident a déclenché l'atteinte à la santé dont il se plaint. Il ne peut en revanche être exigé de lui qu'il apporte la preuve que ses troubles de santé restent en lien de causalité avec l'accident au-delà d'une certaine date. La question de savoir si les troubles du lésé seraient également apparus si l'accident n'était pas survenu (*statu quo sine*) doit être examinée au stade du calcul du dommage, respectivement des dommages-intérêts (ATF 131 III 12 consid. 4, 113 II 86 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 4A_77/2011 du 20 décembre 2011 consid. 3.3.1).

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2).

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « *coup du lapin* » sans lésion traumatique objectivable d'un point de vue organique, l'admission d'un lien de causalité naturelle présuppose, comme en matière d'assurances sociales, un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc [voir les arrêts publiés aux ATF 117 V 359 consid. 4b, 119 V 335 consid. 2b/aa et 134 V 109 consid. 9]). L'existence du traumatisme et de ses suites doit en outre être dûment attestée par des renseignements médicaux fiables, consistant en un premier examen médical suffisant, composé dans la règle d'un interrogatoire approfondi du patient et des examens cliniques et radiologiques, et une expertise pluridisciplinaire se fondant sur des données fiables (arrêt du Tribunal fédéral 4A_494/2009 du 17 novembre 2009 consid. 2.2 ; ATF 134 V 109 consid. 9.2-9.5 ; DUC, op. cit., p. 646 s.).

La fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux ne font pas partie du tableau clinique type et doivent dès lors être appréciés de manière indépendante dans la mesure où ils se manifestent dans un contexte traumatique, tel celui d'un « *coup du lapin* » (ANGELOZZI, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques, *in* SJ 2009 II 181, p. 185).

3.1.2 L'expertise a pour but de faciliter au juge la constatation des faits lorsque celle-ci nécessite certaines connaissances spéciales, en particulier dans les domaines scientifiques et techniques. Selon le Tribunal fédéral, l'expert judiciaire a pour tâche d'informer le juge sur des règles d'expérience ou sur des notions relevant de son domaine d'expertise, d'élucider pour le tribunal des questions de

fait dont la vérification et l'appréciation exigent des connaissances spéciales – scientifiques, techniques ou professionnelles – ou de tirer, sur la base de ces connaissances, des conclusions sur des faits existants, il est l'auxiliaire du juge, dont il complète les connaissances par son savoir de spécialiste. Le recours à l'expertise apparaît, dans la règle, nécessaire dans le cadre d'actions en dommages-intérêts dirigés contre l'assureur RC du responsable d'un accident, notamment de la route. Dans ce contexte, le juge, pour savoir si l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle, se fondera essentiellement sur des expertises médicales (BOVEY, *Le juge face à l'expert*, in : *La preuve en droit de la responsabilité civile*, 2011, p. 96-98 et les références citées).

Le juge n'est en principe pas lié par les conclusions d'une expertise judiciaire. Toutefois, s'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire. Seules des circonstances bien établies venant sérieusement ébranler la crédibilité de l'expertise permettant au juge de s'en distancier sans violer l'art. 9 Cst. (ATF 129 I 49 consid. 4; 128 I 81 consid. 2; 122 V 157 consid. 1c). Tel sera notamment le cas, selon le Tribunal fédéral, si l'expert n'a pas répondu aux questions, si ses conclusions sont contradictoires ou si, de quelque autre manière, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même en l'absence de connaissances *ad hoc*, qu'il n'était tout simplement pas possible de les ignorer (ATF 110 Ib 52 consid. 2; 101 Ib 405 consid. 3b/aa; 101 IV 129 consid. 3a). Il appartient dès lors au juge de contrôler si l'expertise répond à toutes les questions, se fonde sur l'état de fait pertinent et motive suffisamment ses conclusions. Dans la mesure où les conclusions de l'expertise ne paraissent ni manifestement contradictoires ni reposer sur des constatations de fait erronées, le juge doit, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, s'en tenir à l'avis de l'expert (BOVEY, *op. cit.*, p. 109 et les références citées).

Si, en revanche, les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes (art. 188 al. 2 CPC). A défaut, en se fondant sur une expertise non concluante ou en renonçant à procéder aux enquêtes complémentaires requises, le juge pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst. (ATF 138 III 193 consid. 4.3.1; 136 II 539 consid. 3.2; 130 I 337 consid. 5.4.2; arrêt du Tribunal fédéral 5A_859/2014 du 17 mars 2015 consid. 4.1.3.2).

Concrètement, si le juge considère que le rapport n'est pas suffisamment explicite ou s'il est incomplet, il ordonnera un complément d'expertise, lequel sera en principe rendu par écrit. Ce n'est que si le rapport présente des lacunes grossières que l'expert en cause n'est manifestement pas en mesure de combler, ou lorsqu'il

se révèle que l'expert ne disposait pas des garanties suffisantes d'indépendance et d'impartialité qu'une nouvelle expertise (contre-expertise ou surexpertise) sera ordonnée (BOVEY, op. cit., 2011, p. 112 et les références citées).

3.1.4 Conformément à l'art. 310 CPC, en appel, la Cour dispose d'un plein pouvoir d'examen de la cause en fait et en droit. Elle contrôle librement l'appréciation des preuves effectuées 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).

S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, est décisif le fait que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_543/2014 du 30 mars 2015 consid. 5.1.2).

3.2 En l'espèce, le Dr X_____, déjà en charge du volet psychiatrique dans le cadre de l'expertise judiciaire du 4 avril 2014, maintient, dans le cadre de son expertise complémentaire du 22 janvier 2019, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, soit des atteintes essentiellement psychiques, entérinant ainsi le rapport d'expertise du Dr W_____. Par ailleurs, il confirme l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ces diagnostics et l'accident litigieux.

L'appelante soulève de nombreux griefs à l'égard du rapport d'expertise complémentaire.

Elle fait tout d'abord valoir que l'expertise complémentaire serait incomplète et, partant, dénuée de force probante, dans la mesure où elle ne concerne que le volet psychiatrique, l'intimé ayant refusé de se soumettre à davantage d'examens.

Il y a toutefois lieu de relever que les lacunes constatées par la Cour, dans son arrêt du 11 janvier 2016, concernaient toutes le volet psychiatrique de l'expertise judiciaire du 4 avril 2014. Ainsi, même si le Tribunal, par ordonnance du 10 mai 2017, a invité l'expert à s'adjoindre les avis, motivations, explications et éventuels rapports complémentaires du Professeur W_____, du Professeur Y_____ et du Dr Z_____, le Dr X_____ était le plus à même de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'état de santé actuel de l'intimé et l'accident,

vu sa spécialisation. L'appelante ne conteste d'ailleurs pas le fait que les diagnostics posés relèvent de la psychiatrie.

Reste à déterminer si l'expertise judiciaire complémentaire contient une analyse complète et détaillée de la situation médicale de l'intimé et des conclusions motivées, et comble les lacunes que présentait l'expertise pluridisciplinaire du 4 avril 2014.

3.2.1 Contrairement à ce que soutient l'appelante, l'expert a décrit les constatations médicales effectuées dans les mois suivant l'accident sur le plan psychiatrique en reprenant et en citant les éléments pertinents du dossier, en particulier les constatations du Professeur Q_____, du Dr P_____, du Dr M_____, du Dr J_____, du SMR et du Dr V_____, retraçant ainsi l'anamnèse de l'intimé. Il a relevé l'absence de suivi psychiatrique avant 2005, initié après l'expertise du Professeur Q_____. Hormis lors de l'évaluation faite par le SMR en 2002, tous les psychiatres consultés avaient retenu la présence d'une symptomatologie dépressive, dont l'intensité était décrite comme variable, de sévère à modérée, mais présente de manière continue, se manifestant par des symptômes typiques mais également atypiques (dimension dysphorique notamment). L'expert a confirmé ne pas avoir eu connaissance de documents médicaux spécifiquement psychiatriques datant des premiers mois suivant l'accident, mais a relevé que le rapport du Dr J_____ de janvier 2000 indiquait une symptomatologie dépressive, précisant qu'il n'avait pas revu le patient depuis octobre 1999. De la même façon, le Dr M_____ avait qualifié l'évolution de l'intimé de « *tout à fait inhabituelle* », chez un patient « *extrêmement stressé, angoissé* » en janvier 1999, soit quelques mois après l'accident. L'expert a également procédé à de nombreux renvois à l'expertise du Professeur Q_____, laquelle décrivait en détail les suites immédiates de l'accident, notamment le fait que, parallèlement aux douleurs cervicales, des symptômes dépressifs s'étaient manifestés et s'intensifiaient, mais constatait également la présence d'un syndrome dépressif semblant remonter à un certain temps, probablement à quelques années, sans qu'il ne soit possible, sur la base des documents disponibles et de l'anamnèse, d'en dater avec précision l'apparition. Toutefois, au vu du constat opéré par le Dr J_____ en janvier 2000, il paraissait probable qu'un état proche de l'état actuel soit présent depuis 1999. Selon l'expert, lors de l'examen effectué par le SMR en 2002, la dépression devait être légère, faute de signe objectif de dépression (présence toutefois de certains symptômes subjectifs). La composante dépressive s'était probablement aggravée depuis lors. Ainsi, bien que le premier diagnostic d'épisode dépressif moyen n'ait été posé qu'en 2005, les éléments médicaux précités corroboraient l'existence d'une symptomatologie psychiatrique en 1999 déjà.

Dans la mesure où l'on se trouve dans un cas où la preuve stricte n'est pas possible, les faits allégués peuvent être établis indirectement et par des indices. En l'occurrence, l'expert s'est fondé sur les informations contenues dans l'ensemble

des rapports médicaux afin de déterminer si des signes de dépression avaient été détectés dans les mois qui ont suivi l'accident. C'est ainsi à tort que l'appelante reproche à l'expert d'avoir fondé son raisonnement sur un cumul d'indices de simple probabilité.

La Cour relève, pour le surplus, que le Dr J_____ a, le 16 octobre 1998, posé le diagnostic d'une distorsion cervicale associée à une « *dépression, dystonie neurovégétative, autres ?* », ce qui corrobore la survenance d'une telle symptomatologie avant le diagnostic posé par le Professeur Q_____ en 2005.

L'appelante reproche ensuite à l'expert de ne pas avoir tenu compte de l'opinion du Dr M_____, lequel avait estimé, en date du 11 janvier 1999, que l'évolution de l'intimé n'était plus en rapport de causalité avec l'accident, "*relativement bénin*" du 26 août 1998. Il s'agit toutefois d'un avis isolé provenant d'un spécialiste en chirurgie, et non d'un psychiatre ou psychothérapeute. Le Dr N_____ s'est, par exemple, prononcé, le 23 janvier 2003, sur l'état psychique de son patient, qu'il suivait depuis le 30 septembre 1999, qu'il considérait dépressif en lien avec les douleurs dont il souffrait. Le Dr J_____, médecin traitant de l'intimé, a attesté, dans un rapport médical du 20 janvier 2000, que son patient avait, suite à l'accident litigieux, présenté des « *réactions douloureuses totalement inadéquates avec réactions dépressives et revendicatrices* ». Dans son rapport d'expertise du 25 février 2005, le Dr R_____ a confirmé la présence d'un état dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique survenu chez l'intimé de façon progressive depuis l'accident.

Par ailleurs, contrairement à ce que prétend l'appelante, il ne ressort pas de l'opposition à la décision de l'assureur LAA en 1999, que le conseil de l'intimé aurait nié l'existence de troubles psychiatriques. En tout état, l'avis d'un avocat sur la question serait dénué de pertinence.

L'appelante estime que, même à admettre l'existence de signes de dépression en 1999 déjà, ceux-ci ne suffisent pas à prouver un lien de causalité avec l'accident de 1998, l'intimé ayant vécu de nombreux changements dans sa vie au même moment, lesquels n'ont pas été pris en compte par l'expert. Or, ces éléments ont bien été pris en compte non seulement dans le rapport du 10 mars 2014, mais également dans le complément d'expertise du 22 janvier 2019. En effet, le Dr X_____ a relevé que l'intimé estimait injuste de ne pas avoir été mis au bénéfice d'un contrat de durée indéterminée, que l'accident était survenu dans une période de modification de la vie familiale avec l'arrivée imminente d'un deuxième enfant. L'expert s'est référé expressément à l'expertise du Dr P_____, qui évoquait l'existence d'aspects narcissiques dans la personnalité de l'intimé, et analysait en détail cette problématique. Ainsi, l'expert a bien pris en compte et, partant, traité dans le cadre de son examen, la situation personnelle et professionnelle de l'intimé au moment de l'accident. Il est toutefois d'avis que sans

l'accident, l'intimé aurait disposé des ressources nécessaires pour surmonter sa situation personnelle sans développer de troubles psychiques.

Ces éléments avaient par ailleurs également été pris en compte dans l'expertise du 4 avril 2014, le Dr W_____ ayant confirmé que des facteurs étrangers à l'accident avaient contribué à l'état de santé actuel de l'intimé, ses douleurs chroniques s'inscrivant dans un « *modèle holistique de type bio-psycho-social* », mais que l'accident avait aggravé ces facteurs étrangers de façon durable et persistante.

En tout état, l'admission d'un lien de causalité naturelle n'exige pas que l'évènement concerné soit la cause unique de l'atteinte à la santé de l'intéressé; il suffit que l'évènement, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé.

C'est également à tort que l'appelante soutient que l'expert a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle uniquement sur la base de l'absence d'antécédents psychiatriques. Celui-ci s'est en réalité fondé sur l'ensemble des éléments objectifs (rapportés par les médecins) et des éléments subjectifs (rapportés par l'expertisé), ainsi que sur le constat selon lequel, sur le plan psychiatrique, ce type de tableau complexe se développe habituellement suite à un évènement soudain et inattendu, tel qu'un accident. En particulier, le fait que le Dr J_____ ait, le 16 octobre 1998, posé le diagnostic hypothétique de dépression dans un questionnaire destiné à l'assureur responsabilité civile, tend à démontrer que celle-ci a été provoquée par l'accident et qu'il ne s'agit donc pas d'une affection antérieure à celui-ci. L'expert n'a dès lors pas procédé à un raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*.

Les indications données par l'intimé au sujet de ses antécédents psychiatriques et de sa personnalité ne sont pas contredites par les éléments contenus dans les différents rapports médicaux. L'ensemble des rapports rendus ne relèvent pas d'antécédents psychiatriques et les informations reportées au sujet de la personnalité de l'intimé sont concordantes. L'expert n'avait ainsi aucune raison de mettre en doute les dires de l'intimé à ce sujet et de solliciter des investigations complémentaires.

Par ailleurs, si l'intimé a indiqué avoir été victime d'un accident en 1996, il a toutefois uniquement mentionné avoir souffert, consécutivement à cet évènement, de douleurs sciatiques et de problèmes lombaires, soit des atteintes physiques. Or, les troubles que présente actuellement l'intimé sont de nature psychiatrique. En tout état, des atteintes dégénératives à la colonne vertébrale préexistantes à l'accident de 1998 ont été prises en compte par l'expert.

Les observations cliniques du Dr X_____ ne se sont en outre pas uniquement fondées sur les déclarations de l'intimé, mais également sur plusieurs constats objectifs (pas de troubles de l'orientation, de l'attention ou de la vigilance, « *forte*

émotionnalité », pas de signe du registre de la psychose, pas d'hallucinations, pas de troubles du moi, langage fluent malgré une tendance au rétrécissement de la pensée autour « *de ce vécu de préjudice* », sentiment d'abattement sur le plan thymique). Comme déjà relevé par la Cour dans son arrêt du 11 janvier 2016, le fait que ces constats ne démontrent pas un état dépressif n'est pas relevant dans la mesure où, selon l'expertise du Dr P_____, dont le caractère probant a été admis par le Tribunal fédéral, l'intimé présente principalement des signes subjectifs de dépression, les signes objectifs étant peu prononcés.

Comme le Dr W_____ dans son expertise du 4 avril 2014, le Dr X_____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, au vu de l'absence de substrat organique clairement identifiable et objectivable d'une part et de la présence de la composante psychiatrique au premier plan.

Contrairement à ce que prétend l'appelante, l'expert a motivé ses conclusions, expliquant les raisons l'ayant conduit à un tel diagnostic. En effet, il a relevé l'avis contraire du Dr P_____ qui, dans son expertise, indiquait de façon lapidaire que le Dr O_____ ayant retenu une fibromyalgie, le diagnostic de trouble somatoforme persistant avait été écarté. Toutefois, il apparaissait, selon lui, « *spécieux de vouloir catégoriser, voire opposer, au travers de la nosographie, la nature et l'origine des douleurs, psychiques versus organiques* ». Tous les intervenants s'étaient montrés unanimes sur le fait que les atteintes organiques objectivables, par des moyens visuels notamment, ne permettaient pas de rendre compte des douleurs exprimées par l'intimé. Seule une compréhension en termes de fonctionnement psychique permettait d'en rendre compte, raison pour laquelle le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant devait être retenu. En l'occurrence, les conséquences de l'accident s'étaient manifestées sur le plan psychiatrique. Toutes les difficultés de l'intimée paraissaient avoir été aspirées dans « *une spirale faite de douleurs, d'angoisses pour l'avenir, de désespoir par moments et d'un cortège fluctuant de symptômes dépressifs, d'atteinte narcissique se manifestant notamment par des pulsions hétéro-agressives, ne parvenant pas à trouver de résolution* ». Par conséquent, la composante psychique des douleurs était, selon l'expert, suffisante pour retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant.

Sur ce point, il convient de relever que le Dr O_____ a qualifié la fibromyalgie de syndrome d'origine psychologique, que l'on retrouvait chez des sujets ayant souffert d'épisodes de stress majeurs, confirmant ainsi la dimension et l'origine psychique, respectivement psychiatrique, des souffrances de l'intimé.

L'expert n'a pas pour autant écarté les composantes organiques des douleurs, estimant que les atteintes dégénératives préexistantes à la colonne vertébrale avaient contribué à hauteur de 20% à l'état de santé actuel de l'intimé. Toutefois,

c'était dans le cadre du fonctionnement psychique spécifique de l'intimé que, dans son contexte de vie propre, l'accident avait engendré de telles conséquences et épousé la forme de séquelles à la fois douloureuses et dépressives. L'expert a pour le surplus renvoyé à son premier rapport, à teneur duquel l'intimé n'aurait vraisemblablement pas présenté un état dépressif de cette intensité et d'une telle chronicité en l'absence de l'accident du 26 août 1998.

C'est ainsi en vain que l'appelante érige en contradiction le fait que l'expert ne nie pas l'existence d'un substrat organique aux douleurs de l'intimé et retient finalement le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme.

Le fait que l'expert n'ait pas effectué des tests pour parvenir à son diagnostic, notamment de validation des douleurs, apparaît dénué de pertinence dès lors qu'il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, comme l'avait fait le Dr P_____ dans son expertise, dont le caractère probant a été admis par le Tribunal fédéral.

Le rapport de surveillance n'est par ailleurs pas propre à remettre en question les conclusions de l'expert. En effet, bien que l'appelante monte en épingle le moindre des mouvements accomplis par l'intimé sur ces vidéos, ceux-ci se résument en réalité à quelques « *petites* » courses, lesquelles sont systématiquement contenues dans un sac en papier, quelques courts trajets en voiture, à de brèves conversations avec un ami ou des passants, à quelques services de restauration, lors desquels l'intimé ne porte jamais de lourdes charges et à quelques rencontres avec des amies. Comme relevé par l'expert, ces images n'apportent pas d'éléments pertinent d'un point de vue psychiatrique, dès lors qu'un état dépressif moyen n'est pas incompatible avec l'exercices de quelques activités domestiques et sociales et que l'expression des douleurs reste modulée par des éléments de contexte. L'intimé a par ailleurs lui-même qualifié l'intensité de ses douleurs de « *fluctuante* ».

De plus, le lien de causalité naturelle ne peut être infirmé au seul motif que le diagnostic posé ne fait pas partie du tableau clinique type des accidents type « *coup du lapin* » mais doit être admis si l'accident a provoqué l'atteinte à la santé, ce qui est le cas en l'espèce.

L'appelante reproche à l'expert de ne pas avoir conduit d'analyse propre et concertée du lien de causalité entre l'accident et le syndrome douloureux somatoforme.

A cet égard, la Cour a relevé, dans son précédent arrêt, que dans la mesure où les atteintes diagnostiquées relevaient exclusivement du domaine psychiatrique, le premier expert, qui n'était pas un spécialiste en la matière, devait consulter ses confrères, et notamment le Dr X_____, avant de rendre son rapport. Bien qu'il n'ait pas discuté du diagnostic avec les sous-experts, le Dr X_____, spécialiste en psychiatrie, a confirmé les diagnostics précédemment posés, étant précisé que la

Professeure Y_____ avait également décelé des signes probables de la lignée anxio-dépressive.

Le Dr X_____ a par ailleurs longuement expliqué, au travers de l'ensemble des explications contenues dans son rapport du 22 janvier 2019, les raisons pour lesquelles il admettait un lien de causalité naturelle entre l'accident litigieux et l'état de santé actuel de l'intimé. En l'occurrence c'était le caractère imprévisible et bref de l'accident, faisant irruption dans le psychisme de l'intimé, qui avait joué un rôle déterminant dans l'apparition et l'évolution de la symptomatologie psychiatrique, confirmant ainsi que le lien de causalité répondait au degré de la vraisemblance prépondérante.

La jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 4A_637/2015 du 29 juin 2016) invoquée par l'appelante à cet égard pour réfuter tout lien de causalité entre un trouble douloureux somatoforme et un accident ne lui est d'aucun secours, dès lors que cet arrêt concerne une victime indirecte.

L'expert s'est également prononcé sur la question de savoir si les lésions physiques constatées chez l'intimé seraient apparues sans l'accident, et le cas échéant à quel moment (*statu quo sine*), puis, si l'intimé aurait, consécutivement à l'apparition de ces lésions, développé des troubles psychiques de même nature que ceux présentés actuellement, estimant, sur la base de l'ensemble des renseignements médicaux fournis et en tenant compte des facteurs étrangers et des prédispositions constitutionnelles, que le développement de douleurs progressives en lien avec des altérations dégénératives du rachis n'aurait vraisemblablement pas été de nature à produire de tels effets sur le fonctionnement psychique de l'intimé. Ce faisant, il a confirmé que dans le cas de l'intimé, les seules atteintes dégénératives dont il souffrait n'auraient pas engendré chez lui les troubles psychiques diagnostiqués aujourd'hui, excluant ainsi qu'un *statu quo sine ou ante* soit survenu sur le plan psychiatrique, étant rappelé que les diagnostics posés relèvent exclusivement de ce domaine médical.

Si le Dr W_____ a, dans son expertise du 4 avril 2014, indiqué partager l'avis du Dr T_____, à teneur duquel l'intimé présentait probablement déjà des troubles dégénératifs du rachis, qu'il aurait « *tôt ou tard* » commencé à avoir des symptômes, mais que son accident lui avait fait prendre conscience de ses troubles neuro-dégénératifs, le premier expert a également précisé que même si ces troubles étaient apparus plus tard, ils n'auraient très probablement pas été perçus avec une telle intensité. En tout état, le Dr W_____ ne s'est pas référé à l'avis du Dr T_____, selon lequel l'accident avait anticipé de cinq ans l'apparition des symptômes liés aux troubles dégénératifs préexistants de l'intimé, étant précisé que ce constat n'est « *pas scientifiquement prouvé mais accepté, en règle générale, par les tribunaux britanniques* » et ne concerne pas spécifiquement l'intimé. Dans le complément d'expertise, le Dr X_____ a, sur ce point, indiqué

que le développement de douleurs très progressives, en lien avec des altérations dégénératives du rachis, n'aurait vraisemblablement pas été de nature à produire de tels effets sur le fonctionnement psychique et que l'accident avait joué un rôle déterminant dans l'apparition et l'évolution de la symptomatologie psychiatrique, réfutant ainsi l'avis exprimé par le Dr T_____ dans son rapport du 29 septembre 2003.

Contrairement à ce que prétend l'appelante, le fait que l'intimé ne suive plus aucun traitement, ne prenne aucune médication et ne veuille plus voir de médecin ne permet pas de mettre en doute la réalité de ses douleurs, ce d'autant que l'expert lui-même est d'avis que l'état psychique de l'intimé doit à présent être considéré comme stabilisé et chronique, qu'il a constaté que les traitements entrepris *lege artis* se sont révélés impuissants à déployer des effets significatifs et qu'il n'y a dès lors pas d'autre mesure à proposer, hormis de la physiothérapie.

Enfin, le caractère de gravité de l'accident ne constitue pas en soi un critère pertinent pour déterminer s'il y a un rapport de causalité entre l'accident et l'atteinte persistante à la santé.

3.2.3 Au vu de ce qui précède, les critiques formulées par l'appelante à l'égard de l'expertise complémentaire du 22 janvier 2019 sont infondées et ne sauraient conduire la Cour à écarter les conclusions de l'expert.

En effet, l'expertise complémentaire se fonde sur un examen complet du dossier médical de l'intimé, prend en considération les plaintes exprimées par celui-ci, et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse du lésé. De plus, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, la description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires et les conclusions de l'expert ont été dûment motivées.

Le complément d'expertise a ainsi été mené dans les règles de l'art, est complet, n'est entaché d'aucune erreur manifeste et ne présente aucune contradiction.

La force probante de ce rapport doit donc être admise.

Partant, l'appelante sera déboutée de ses conclusions tendant à ce qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit ordonnée.

3.2.4 Dans la mesure où il ressort des rapports d'expertise du 4 avril 2014 et du 22 janvier 2019 que l'accident a joué un rôle déclencheur dans l'apparition d'un syndrome douloureux, qui a d'emblée évolué dans le sens d'une chronicisation des douleurs et d'une symptomatologie psychiatrique, un lien de causalité naturelle entre ledit accident et l'état de santé actuel de l'intimé a été admis à raison par le premier juge.

Le jugement entrepris sera par conséquent confirmé.

4. Eu égard à l'activité déployée par la Cour de céans, les frais judiciaires de la procédure d'appel seront arrêtés à 5'000 fr. (art. 36 RTFMC) et mis à la charge de l'appelante qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Ils seront partiellement compensés avec l'avance de frais, d'un montant de 1'000 fr., fournie par l'appelante, laquelle reste acquise à l'Etat de Genève (art. 111 al. 1 CPC). L'appelante sera en conséquence condamnée à verser 4'000 fr. aux Services financiers du Pouvoir judiciaire à titre de solde desdits frais.

L'appelante sera également condamnée à s'acquitter des dépens d'appel de l'intimé, lesquels seront arrêtés à 7'000 fr., débours et TVA inclus (art. 84, 85, 87 et 90 RTFMC, 25 et 26 LaCC).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
La Chambre civile :**

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté le 22 novembre 2019 par [la compagnie d'assurances] A_____ contre le jugement JTPI/14877/2019 rendu le 22 octobre 2019 par le Tribunal de première instance dans la cause C/25187/2011-18.

Au fond :

Confirme le jugement entrepris.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Sur les frais :

Arrête les frais judiciaires d'appel à 5'000 fr., les met à la charge de A_____ et dit qu'ils sont partiellement compensés avec l'avance de frais de 1'000 fr. fournie par A_____, qui reste acquise à l'Etat de Genève.

Condamne A_____ à verser, à titre de frais judiciaires, 4'000 fr. à l'Etat de Genève, soit pour lui les Services financiers du Pouvoir judiciaire.

Condamne A_____ à payer à B_____ la somme de 7'000 fr. à titre de dépens d'appel.

Siégeant :

Madame Ursula ZEHETBAUER GHAVAMI, présidente; Madame Sylvie DROIN, Monsieur Ivo BUETTI, juges; Madame Camille LESTEVEN, greffière.

La présidente :

Ursula ZEHETBAUER GHAVAMI

La greffière :

Camille LESTEVEN

Indication des voies de recours :

Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par-devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14.

Valeur litigieuse des conclusions pécuniaires au sens de la LTF supérieure ou égale à 30'000 fr.