

Arrondissement judiciaire 1 Courtelary-Moutier-La Neuveville,  
du canton de Berne, 2 juillet 1998  
C. c. La Vaudoise Assurances, Lausanne

**Faits/Motifs:** Par mémoire de demande du 2 juillet 1997, le demandeur a retenu les conclusions suivantes:

- Condamner la défenderesse à payer au demandeur un montant de fis 166'000.-, avec intérêts à 5 % dès le 9 août 1993;
- sous suite des frais et dépens.

Le demandeur a parallèlement déposé le même jour une requête à fin d'assistance judiciaire gratuite.

Par ordonnance du 11 juillet 1997, la défenderesse a été invitée à fournir sa réponse, ce qu'elle a fait en temps utile après avoir requis et obtenu trois prolongations de délai, par mémoire du 20 octobre 1997, en retenant les conclusions suivantes:

- rejeter la demande; - sous suite des frais et dépens.

Par jugement du 3 novembre 1997, le Juge de céans a accordé au demandeur l'assistance judiciaire gratuite pour l'ensemble de la procédure en paiement, en désignant Me S. comme son mandataire d'office.

Par ordonnance du 4 novembre 1997, l'audience des débats a été fixée au 5 mars 1998. Au cours des débats les parties ont confirmé leurs conclusions.

Le Président du Tribunal a rendu l'ordonnance sur les preuves suivante:

Le demandeur prouvera qu'il a été victime d'un accident le 9.8.1993; qu'il a subi une atteinte anatomique au bras droit, en lien de causalité adéquat avec l'accident,

- les faits selon lesquels le taux d'invalidité médico-théorique du membre supérieur droit est de 100%.

La défenderesse est admise à la contre-preuve. Elle peut prouver les faits selon lesquels le taux d'invalidité médico-théorique du membre supérieur droit est de 40%.

Les parties ont été entendues sur l'ensemble des faits déterminants pour la procédure. L'audience a été renvoyée à une date ultérieure pour plaidoiries et jugement.

Par ordonnance du 9 mars 1998, une nouvelle audience a été fixée au 4 juin 1998 pour la continuation des débats. En plaidoiries, les parties ont confirmé leurs conclusions.

Les parties ont accepté la proposition du Juge de rendre le jugement par écrit.

Les faits qui sont à la base de la présente procédure sont les suivants:

Le demandeur, né en 1938, a exercé pendant de nombreuses années le métier de coiffeur à M., où il travaillait de manière indépendante. Le demandeur a conclu le 21 janvier 1992 une assurance-accidents individuelle auprès de la défenderesse, valable du 1.2.1992 au 31.1.1997. Il s'agissait en fait du renouvellement d'une assurance déjà conclue antérieurement. En date du 9 août 1993 est intervenu l'accident à la base de la présente procédure. Le demandeur préparait dans son garage aménagé en local de bricolage le matériel destiné à la nouvelle présentation de la vitrine de son salon de coiffure, lorsque une poutre en bois d'une longueur d'environ deux mètres s'est décrochée du mur et l'a atteint au dos à la hauteur de l'épaule droite alors qu'il était penché en avant. Le demandeur a ressenti, selon ses propres déclarations, une violente douleur et n'a pratiquement plus pu bouger le bras. Il a tenté de se soigner par ses propres moyens pendant quelque deux à trois semaines, toutefois sans succès. Il s'est alors rendu chez son médecin de famille, lequel a

ordonné un examen par IRM (scanner). Celui-ci a permis de diagnostiquer une petite rupture de la coiffe, laquelle a fait l'objet d'une intervention chirurgicale à l'Hôpital de M. le 4.1.1994. Devant la persistance de douleurs et de perte de fonctionnalité du bras droit, le demandeur a continué d'être suivi médicalement. Il a ainsi subi une deuxième opération, toujours à M., le 3.6.1994, ayant pour objet la suture sur un centimètre environ du muscle sus-épineux. Le cas du demandeur a été suivi par diverses assurances, notamment l'assurance-invalidité fédérale, laquelle a conclu par décision du 24.11.1995, à l'existence d'un degré d'invalidité de 100% dès le 1. 10. 1994 (pj no 4 à la demande). Le demandeur n'a plus été en mesure de reprendre son activité professionnelle depuis l'accident. La défenderesse a versé les 5.2.1996 (pj no 11 à la demande) et 30.5.1997 (pj no 2 à la réponse) deux prestations découlant du contrat en cause, pour une somme globale de frs 34'000.--.

Le Juge de céans est compétent pour connaître du présent litige à raison du lieu, de la matière et de la valeur litigieuse.

L'existence et la teneur du contrat d'assurance entre parties n'est pas contestée, de même que l'application des conditions générales d'assurances (CGA) y relatives et, à titre subsidiaire, des règles découlant de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1, par renvoi de l'art. 21 CGA).

La défenderesse a expressément renoncé en plaidoiries finales à l'invocation des art. 10 CGA et 38 LCA, dispositions permettant le refus de prestation en cas de déclaration de sinistre tardive. Il appert également que l'acte et les circonstances de l'accident ne constituent pas un cas d'exclusion d'assurance au sens des art. 3 et 23 CGA.

Enfin, la défenderesse n'a à aucun moment invoqué l'acquisition de la prescription dans la présente affaire. On peut constater au demeurant qu'elle a renoncé par deux fois à s'en prévaloir (pj no 10 et 16 à la demande) et que l'introduction d'une procédure en conciliation le 13.11.1996 a également été interruptive de prescription. Rien ne s'oppose par conséquent au jugement matériel de la cause.

Il sied de rappeler que la procédure en paiement se déroule selon le principe de disposition. Le Juge est par ailleurs lié par les conclusions des parties. Il ne peut par conséquent allouer au demandeur plus qu'il ne demande, ni autre chose, ni moins que ce que la défenderesse a reconnu (sur ces différentes maximes: voir F. Rieder, Cours de procédure civile bernoise, 1996, p. 98 ss).

La preuve de l'existence d'un état de fait susceptible de justifier une prétention à l'égard d'un assureur appartient, en application de l'art. 8 CCS, à celui qui précisément prétend un droit à une prestation d'assurance. Il supporte le fardeau de la preuve, soit les risques liés au défaut de preuve. Il porte la responsabilité de faire administrer ou de requérir les preuves nécessaires à l'établissement de la nature et de la portée de l'accident prétendu, ceci en application de la maxime des débats. Il n'est pas exigé de l'assureur défendeur en procédure la même obligation de preuve en termes de motivation. Une contestation générale suffit. C'est en fait la nature de la cause qui déterminera dans le cas particulier le degré nécessaire de la contestation des prétentions émises par l'adverse partie (sur la question du fardeau de la preuve: voir A. Maurer, Schweizerisches Privatversicherungs-recht, 1995, p. 332 et 382 et surtout A. Bühler, der Unfallbegriff, in Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, Tagungsbeiträge, 1995, p. 269-70).

S'agissant du degré de preuve, le Juge ne peut en principe admettre un fait comme prouvé que lorsqu'il a acquis la conviction que la preuve stricte et entière a été apportée. Tel est le cas en particulier dans les affaires d'assurances ayant trait à des accidents en ce qui concerne la notion même d'accident, l'existence d'une atteinte à la santé, du caractère soudain et extraordinaire de l'atteinte et de l'intervention d'une cause extérieure. Par contre, en ce qui concerne le caractère involontaire de l'atteinte et le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte, la doctrine et la jurisprudence admettent, comme en droit des assurances sociales, qu'il suffit d'établir la preuve selon un degré de vraisemblance prépondérante (A. Bühler, op. cit., p. 270-71 avec de nombreuses références; pour le

domaine spécifique de l'assurance-accidents: ATF 121 V 47 et Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, § 53, notes 27 ss). Ainsi, le Juge ne saurait trancher un litige eu égard à la seule possibilité qu'un fait existe ou se soit produit. Il devra au contraire suivre la présentation des faits - parmi celles auxquelles il est confronté - qui lui paraît la plus vraisemblable et plausible.

Le contrat conclu entre parties prévoit le versement d'un capital invalidité, si un accident provoque, dans un délai de 5 ans à compter du jour de l'accident, une invalidité présumée définitive. La compagnie d'assurance paie le capital invalidité qui est déterminé par le degré d'invalidité, par la somme d'assurance convenue et la variante de prestations choisie. Il est sans importance qu'il résulte ou non une perte de gain (art. 6a, 1er al. CGA). Le degré d'invalidité pour la perte d'un bras à la hauteur du coude ou au-dessus est de 70% (art. 6b, 1er al. CGA). En cas de perte partielle ou d'incapacité fonctionnelle, le degré d'invalidité est réduit proportionnellement (2e al. de la même disposition). Le capital dû par la compagnie d'assurance est exprimé en pour-cent de la somme d'assurance convenue selon le tableau figurant à l'art. 6c, 2e al. CGA.

Il convient de préciser, s'agissant de la nature du contrat, qu'il s'agit d'une assurance de somme. Même si le capital versé dépend d'une invalidité dans la santé du preneur d'assurance, cette invalidité et son calcul s'écartent complètement des notions du droit des assurances sociales, dans la mesure où la capacité de gain passée et à venir de l'assuré ne joue aucun rôle. En l'occurrence, le système d'assurance que prévoit le contrat en cause dans le cas d'espèce, s'apparente à l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité dans le système de l'assurance-accident.

Dans le cas particulier, le fait que le demandeur a subi un accident non professionnel le 6.8.1993, que son état de santé actuelle doit être considéré comme stabilisé - et donc définitif - et que l'assurance conclue couvre en principe un tel événement (sous la variante B: invalidité progressive) est admis. De même, la défenderesse admet en principe l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et la lésion anatomique constatée et ayant fait l'objet de deux interventions chirurgicales.

Dès lors, la seule question litigieuse dont la preuve doit encore être administrée consiste à savoir si le demandeur présente un taux d'invalidité médico-théorique de 100% consécutif à l'accident au niveau de son bras droit, respectivement - si ce taux est inférieur - à quel degré il s'élève, sous réserve du degré de l'atteinte d'ores et déjà admis par la défenderesse, soit 40%.

Sur ce point, il convient d'examiner en détail la teneur des différents rapports et expertises établis depuis l'accident en ce qui a trait à l'état de santé du demandeur. Ils seront examinés dans l'ordre chronologique de leur établissement.

- Le premier rapport circonstancié a été remis le 26.1.1995 par le Dr G. (pj no 19 des annexes remises à l'audience du 5.3.1998). Il a diagnostiqué une désinsertion majeure du deltoïde externe et en partie antérieure avec cicatrice calme. Il a enregistré les douleurs émises par le patient à la palpation de toute la musculature de l'épaule ainsi que le long du biceps et à l'acromion. Il a constaté une force de la rotation externe, interne et de l'abduction en principe bonne, mais présentant un net trou dans la région du sus-épineux. Il a indiqué que le pronostic chirurgical d'une troisième opération ne serait pas bon pour deux raisons, soit le fait que le genre d'opération prévue ne donnerait pas de très bons résultats en général et du fait qu' « il est évident que le patient préférerait ne plus devoir reprendre son travail ni subir encore une intervention ».

- Le deuxième rapport a été présenté par le Dr L. le 14.7.1995 (pj no 5 de la demande). Tout en reprenant le même diagnostic que le Dr G., il a constaté que le patient ne souffrait d'aucune altération osseuse essentielle, ni de décalcification, ni encore d'arthrose acromio-claviculaire. Il a retenu qu'il y avait une grande différence de mobilité au niveau des

deux bras. Ainsi celle du côté droit (accidenté) représenterait environ 1/3 au maximum des possibilités du bras gauche. La force musculaire s'exerçant sur les doigts, les mains et l'avant-bras serait bonne, mais tout effort, même au niveau du poignet serait ressenti très douloureusement. Le patient serait en mesure d'activer la main et les doigts de la main droite normalement, lui permettant par ex. de conduire sa voiture sur de petites distances. Le Dr L. a constaté que le phénomène primordial était l'impotence fonctionnelle douloureuse. Après avoir indiqué qu'il était difficile de comprendre pourquoi ce patient souffre encore de douleurs, et avoir constaté qu'il y a lieu d'analyser la situation psychologique, ce praticien a conclu, que « sur la base de la radiologie, il y avait une nette discordance entre les plaintes du patient, donc sa symptomatologie clinique et les signes objectifs. »

Le troisième rapport émane du Dr E. et date du 12.1.1996 (pj no 6 de la demande), suite à un examen commun avec le Dr L. effectué la veille. Sans se prononcer sur le degré d'invalidité médico-théorique, ni reprendre le diagnostic, ce médecin a indiqué que toute nouvelle intervention chirurgicale apparaissait inutile. Il a indiqué que bien que la coiffe des rotateurs soit réparée, tous les signes d'une insuffisance de celle-ci existeraient, expliquant les douleurs et l'utilisation très modeste de l'épaule. Il a souligné dans deux réponses (no 3 et 5) que le statut psychologique du patient ne permettrait pas d'influencer positivement le résultat d'une éventuelle nouvelle opération et qu'il présentait avant tout un problème social et familial.

Le rapport suivant a été confectionné par le Dr L. quelques jours plus tard (pj no 7 de la demande). Il a d'abord rappelé la prépondérance de l'impotence fonctionnelle d'origine douloureuse pour retenir que les douleurs s'expliqueraient (au conditionnel dans le texte) par une forte contracture tissulaire globale, empêchant les mouvements du bras et par la faiblesse importante de la musculature du bras, surtout en raison de l'insuffisance du muscle deltoïde. Il a indiqué que le patient présentait ainsi une invalidité médico-théorique irréductible, avec des répercussions dépassant de loin l'atteinte à l'articulation. L'invalidité ne pourrait dès lors être estimée objectivement commune étant totale, malgré la souffrance du patient et sa propre appréciation de son invalidité. Il a conclu à l'existence d'une invalidité partielle du bras droit de 66 2/3 %.

Plus d'une année après les deux rapports précités, le demandeur a fait l'objet de deux examens supplémentaires. Le dernier a conduit au deuxième rapport du Dr G. du 12.3.1997 (pj no 18 de la demande). Dans ses conclusions (point V), ce praticien a indiqué que le patient faisait l'objet d'une atteinte douloureuse chronique et invalidante de l'épaule et du bras droits totale, soit 100 %. Il a retenu cependant que « les douleurs décrites ne peuvent découler sur le plan clinique et radiologique d'une atteinte précise de la structure anatomique. Bien plus, il existe des douleurs chroniques provenant d'une massive surcharge psychique, laquelle n'est pas explicable sur le plan orthopédique. La seule atteinte somatique clairement identifiée consiste en la désinsertion du deltoïde de l'épaule gauche, laquelle ne peut en aucun cas être responsable des énormes douleurs dans l'épaule entière et le bras. De même, le diagnostic d'une spondylarthrose au niveau des vertèbres cervicales C3 à C6 ne peut expliquer non plus les douleurs décrites ». Dans sa réponse précitée, le Dr G. n'a pas pu dire si la surcharge psychique était consécutive à l'accident d'août 1993.

Pour sa part, le Dr P., médecin-conseil de la défenderesse, a pris position sur l'ensemble du dossier le 7.4.1997 (pj no 4 de la réponse), en détaillant également le résultat des expertises et rapports produits par les différents spécialistes. Il a estimé que la lésion subie par le patient pouvait parfaitement avoir entraîné une instabilité de l'épaule. Il a cependant estimé que l'invalidité médico-théorique de 66 2/3 % retenue par le Dr L. était très élevée en regard des degrés d'invalidité divers retenus dans les tables du Dr F., fréquemment utilisées dans ce domaine. Ce praticien a considéré en outre qu'une expertise psychiatrique aurait été indispensable, le problème psychique chez le patient semblant peser très lourd dans l'appréciation de son invalidité. Il a ainsi estimé que le degré d'invalidité médico-théorique était au maximum de 40%.

En résumé, tous les praticiens consultés ont retenu que le demandeur souffre d'une lésion anatomique et d'une impotence fonctionnelle d'origine douloureuse chronique et donc définitive de son bras et de son épaule droits.

Tous les praticiens ont également fait état d'une atteinte psychique importante, sinon prépondérante chez le demandeur. Il se pose dès lors la question de savoir si l'on peut ou doit tenir compte d'une atteinte psychique consécutive à, et causale de l'accident. En l'absence d'une exclusion expresse d'une prise en charge des suites psychiques d'un accident dans le contrat d'assurance, celles-ci ne sont pas exclues de la couverture d'assurance. Comme l'ont déjà jugé les tribunaux, on ne saurait déduire non plus de l'existence d'un barème fixant les taux théoriques de lésions corporelles dans les CGA de l'assureur, qu'une atteinte psychique causale est implicitement exclue contractuellement (cf RBA XVIII, no 43). Il convient en particulier de signaler en ce qui a trait à la notion de la causalité adéquate, s'agissant d'atteintes psychiques, que le Tribunal Fédéral et le TFA tranchent cette question différemment. Ainsi, le TF admet dans le cadre du droit de la responsabilité civile et de l'assurance privée le caractère adéquat entre un accident et un syndrome psychosomatique subséquent (appelé aussi neurose de revendication), alors que le TFA nie - jusqu'à présent - de jurisprudence constante une telle causalité dans le domaine des assurances sociales (cf A. Maurer, op. cit., p. 482-484, avec réf, cf cependant sur la pratique en évolution sur cette question en matière d'assurances sociales: ATA en la cause R. S. du Tribunal Administratif du canton de Berne du 15.8.1996).

On a cependant déjà dit, que la présente procédure se déroule selon le principe de disposition. Or, bien qu'il faille manifestement retenir l'existence chez le demandeur d'une atteinte psychique, celui-ci n'a ni allégué ni établi que ladite atteinte psychique serait causale de l'accident subi en août 1993. Il sied même de retenir que le demandeur a formellement exclu prétendre une indemnité pour atteinte psychique causale en 2e plaidoiries par devant le Juge de céans. Le demandeur n'a pas allégué non plus qu'il souffrait d'une maladie ou des suites d'un accident préexistants.

Le Juge de céans ne saurait dès lors tenir compte d'une telle atteinte dans la détermination du degré d'invalidité, dans la mesure où sa relation de causalité adéquate avec l'accident d'août 1993 n'a ni été alléguée, ni été établie par le demandeur, ne serait-ce que selon un degré de vraisemblance prépondérante.

Point n'est donc besoin, au vu de ce qui précède, d'examiner en particulier dans le présent cas si la nature ou la gravité de l'accident était de nature à provoquer l'atteinte psychique dont souffre le demandeur. On notera d'ailleurs que la jurisprudence dans le domaine de l'assurance privée et du droit de la responsabilité civile s'est sensiblement distancée de l'analyse de ce genre de situation, telle qu'elle est pratiquée dans le domaine des assurances sociales (cf arrêt précité dans RBA XVIII, no 43; pour le domaine des assurances sociales: ATF 123 V 98 et 137).

In concreto, le Dr G. a certes retenu un taux d'invalidité de 100 % chez le demandeur. C'est lui cependant qui a le plus clairement indiqué que la source principale de l'atteinte était de nature psychosomatique et non somatique, sans toutefois chiffrer le degré des deux types d'atteintes. Le demandeur ne saurait par conséquent partir du principe que l'invalidité médicothéorique consécutive à l'accident est de 100 %. Admettre une invalidité complète du bras droit reviendrait à considérer que le demandeur s'est retrouvé après l'accident d'août 1993 dans la position d'une personne ayant totalement perdu l'usage de son bras, comme cela serait le cas en présence d'une amputation par exemple. Or, on a vu que s'il existe une indéniable perte de mobilité du bras, celui-ci reste utilisable dans la mesure notamment où la main et les doigts ne subissent pas de perte de fonction.

Deux praticiens se sont exprimés sur le degré d'invalidité médico-théorique consécutive à l'accident: le Dr L. l'a fixée à 66 2/3 %, alors que le Dr P. l'a, lui, estimée à 40 %. Le premier des médecins cités s'est fondé sur son expérience et l'examen du patient, alors que le second a retenu ses conclusions sur la base de tous les rapports intervenus depuis le début

des soins donnés au demandeur, en les appréciant de manière critique, et en se fondant sur l'ouvrage du Dr F., lequel distingue, en fonction de l'organe atteint et de la nature de l'atteinte, divers taux d'invalidité médico-théorique. A cet égard, il sied de retenir que si les tabelles précitées ne sauraient être appliquées de manière théorique et schématique, sans examen de chaque cas particulier, elles n'en demeurent pas moins un facteur d'expérience et de pondération pour le médecin appelé à juger du cas particulier, facteur dont n'a pas tenu compte le Dr L., qui a cependant eu la possibilité d'examiner le patient. En définitive, il apparaît que les deux experts, tout en partant de prémices différentes aboutissent à des conclusions sur le plan médico-théorique qui ne sont pas très éloignées l'une de l'autre. Rien ne permet en outre de donner le dernier mot à l'une ou l'autre des expertises son bien-fondé, ni de considérer que l'un ou l'autre expert s'est écarté de manière arbitraire des critères habituels d'expertise. Dès lors, la solution la plus équitable revient à tenir compte des deux expertises se prononçant concrètement sur le degré d'invalidité médico-théorique, en retenant la moyenne des deux degrés d'invalidité formulés.

On retiendra en outre que rien ne s'oppose dans le cas particulier à tenir compte d'un rapport d'expertise provenant du médecin-conseil de la défenderesse. Il est en effet admis que le Juge des assurances sociales peut statuer sur la base uniquement des données ressortant du dossier de l'institution d'assurance ou de rapports/expertises de médecins liés à l'assureur, si leur impartialité et fiabilité est suffisante (ATF 123 V 331 et ATF 122 V 157). Cela revient à dire que de telles données ont valeur de preuve si leurs conclusions apparaissent fondées, qu'elles sont logiquement motivées, qu'elles ne comportent pas de contradiction (interne) et qu'il n'existe aucun indice contre leur crédibilité. Il n'y a pas lieu de s'écarter des principes posés en assurances sociales sur ce point, ni, comme on l'a déjà dit, de critiquer l'une ou l'autre des deux expertises déterminantes en ce qui a trait à sa fiabilité. Il sied finalement de constater que le demandeur n'a pas requis, vu la position défendue en procédure, la confection d'une expertise psychiatrique et qu'il n'appartenait pas au Juge de céans, vu les maximes applicables, de l'ordonner lui-même.

Ainsi, le Juge de céans parvient à la conclusion que le taux d'invalidité médico-théorique du bras et de l'épaule du demandeur ascende à  $53 \frac{1}{3} \%$  (soit  $40 + 66 \frac{2}{3} : 2$ ) et que le degré d'invalidité, vu l'invalidité maximale de 70% retenue contractuellement pour la perte d'un bras, s'élève à 37,33 %.

Dès lors, selon le système d'indemnisation de l'invalidité progressive dont jouit le demandeur selon le contrat en cause, il a droit à une prestation de frs 61'000.--. Il y aura lieu de tenir compte d'un versement de frs 34'000.-- déjà effectué.

Le demandeur requiert un intérêt à 5% l'an dès le 9.8.1993, soit dès le jour de l'accident.

Selon l'art. 6c des CGA, les prestations dues deviennent exigibles dès que l'invalidité présumée permanente ou le dommage esthétique ont été fixés.

En l'espèce, il sied d'abord de retenir que l'invalidité permanente du demandeur n'a pas pu être établie dès la survenance de l'accident ou les jours qui l'ont suivi; l'intérêt moratoire ne saurait dès lors être dû déjà dès ce moment-là. Bien plus, une amélioration de l'état de santé du patient a forcément été envisagée avec la deuxième opération subie le 3.6.1994 et les traitements subséquents. Ce n'est que le 9.11.1994, dans un certificat médical intermédiaire du Dr. T. de M. (pj no 14 remise à l'audience du 5.3.1998), qu'il a été pour la première fois question d'une atteinte permanente, soit définitive à la santé du demandeur. C'est dès le lendemain qu'a commencé à courir l'intérêt moratoire usuel à 5 % l'an (voir art. 73, 1er al. CO) au plus tôt.

En conclusion, l'action en paiement du demandeur doit être admise partiellement pour la somme de fis 27'000.-- (compte tenu d'un acompte versé par frs 34'000.--), avec intérêt à 5 % l'an sur cette somme dès le 10.11.1994.

Le demandeur a conclu au paiement d'une indemnité de fis 166'000.--. Il a maintenu ses conclusions en 2e plaidoiries, nonobstant la présentation d'une offre transactionnelle lors de l'audience du 5.3.1998. Il n'a obtenu qu'un peu moins d'un cinquième de la somme requise. Il

succombe en la présente procédure pour le surplus et doit donc supporter les frais judiciaires, par 4/5 du total, conformément à l'art. 57 cpcb, soit fis 17'600.-. Le 1/5e restant des frais, par frs 4'400.--, doit être supporté par la défenderesse. Le solde de l'avance effectuée, par frs 6'600.- reste acquis à l'Etat, à charge de remboursement par le demandeur.

Le Juge de céans estime au vu des circonstances de l'espèce qu'il convient de compenser les dépens des parties, conformément à l'art. 58, 2e al. cpcb, et sous réserve de l'assistance judiciaire dont bénéficie le demandeur.

L'avocat d'office du demandeur a présenté une note d'honoraires de fis 16'000 et des vacations de fis 90.--. Il a droit au remboursement par l'État des 2/3 de ces montants en application de l'art. 17, 1er et 2e al. du décret sur les honoraires d'avocat (Dhon., RSB 168.8 1) . Il a droit également au remboursement de ses débours et de la TVA. Ainsi, l'État lui remboursera le montant total de fis 11'531.80 au titre de ses honoraires.

M. C. est rendu attentif à son obligation de rembourser les honoraires de l'avocat d'office et les frais judiciaires en application de l'art. 82, 3e al. cpcb, s'il revient à meilleure fortune ou acquiert un revenu suffisant dans les 10 ans suivant l'entrée en force du présent jugement.

Par ces motifs:

Le Président 2  
condamne

la défenderesse à verser au demandeur la somme de frs 27'000.--, avec intérêt à 5 % l'an sur cette somme dès le 10.11.1994, met

les frais judiciaires par frs 17'600. -- à la charge du demandeur au bénéfice de l'assistance judiciaire, et par frs 4'400.-- à celle de la défenderesse, le solde de l'avance de frais par frs 6'600.-- faite par la défenderesse restant acquise à l'État, et devant lui être remboursé par le demandeur,

compense les dépens entre parties, sous réserve de l'assistance judiciaire dont bénéficie le demandeur, taxe les honoraires de Me S., mandataire d'office du demandeur, comme suit:

honoraires	16'000.-- dont 2/3	frs	10'666. -
vacations	90.-- dont 2/3	frs	60.-
débours		frs	102.-
TVA 6,5 sur	10'828.--	frs	703.80
Total		frs	11'531.80

Réserve les droits de l'État respectivement de l'avocat d'office envers le demandeur au cas où celui-ci acquerrait une fortune ou un revenu suffisant dans les 10 ans dès l'entrée en force du présent jugement, ordonne la notification du jugement aux parties, informe les parties qu'elles peuvent interjeter appel de ce jugement dans les 10 jours dès sa notification écrite.