

Faits: La demanderesse, Ch. C., a travaillé dans l'entreprise familiale dès 1990 au plus tard.

Le 27 septembre 1989, M. C., père de la demanderesse et agriculteur à N., a souscrit une assurance globale auprès de la défenderesse Vaudoise Assurance pour lui-même et sa famille, dont la demanderesse.

En date du 27 janvier 1992, M. C. a signé pour lui et son fils Jean-Louis une demande d'adhésion à une assurance globale agricole auprès de la défenderesse, portant numéro La demanderesse est comprise dans les personnes assurées par cette police, qui prévoit en sa faveur une indemnité journalière de 100 fr. en cas d'incapacité temporaire de travail par suite d'accident ou de maladie après un délai d'attente de quatorze jours. La demande d'adhésion indique que l'assurance débute le 27 janvier 1992 et renvoie aux conditions générales d'assurance, édition d'octobre 1990 (ci-après CGA).

La demanderesse et son père ont signé le même jour une "Déclaration de la personne à assurer sur son état de santé". Elle a répondu "non" à la question 3 lettre g) rédigée ainsi :

" Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement de : (...)

Maladies des os, des articulations, des muscles, des nerfs, rhumatismes, arthrite, arthrose, affections des hanches, douleurs dans le dos ou dans la région lombaire, lumbago, sciatique, hernie discale ou autres affections de la colonne vertébrale?"

Les CGA de la défenderesse disposent notamment ce qui suit :

"Art. 4. - Définition et conditions de l'assurance maladie

a) Définition de la maladie. Est qualifié maladie tout trouble involontaire du fonctionnement de l'organisme, médicalement décelable et qui n'est pas dû à un accident. (...)

Art. 5. - Limitation de la couverture

¹Si une personne à assurer est malade ou accidentée à l'entrée en vigueur de l'assurance, les suites de cette maladie ou de cet accident ne donnent pas droit aux prestations. (...)

Art. 10. - Indemnité journalière

¹Est réputée incapacité de travail toute impossibilité constatée par un médecin d'exercer, pour l'assuré, son activité habituelle.

²En cas d'incapacité de travail consécutive à un risque assuré, l'indemnité journalière assurée est versée proportionnellement au taux d'incapacité de travail.

³L'indemnité journalière assurée est versée dès l'expiration du délai d'attente convenu et aussi longtemps que dure l'incapacité de travail. La durée du versement est toutefois limitée à 720 indemnités entières."

Selon un certificat médical daté du 3 février 1994, la demanderesse a subi une incapacité de travail à 50 % depuis le 28 août 1992. Le médecin G. S. a attesté le 31 janvier 1994 que l'incapacité de la demanderesse était toujours en cours.

Le 5 novembre 1992, le père de la demanderesse a établi, pour le compte de sa fille, une déclaration de maladie; les troubles indiqués étaient "discopathie + vertèbres".

Le médecin G. K., à V., a adressé le 17 novembre 1992 un certificat médical à la défenderesse; on y lit notamment ceci :

"1. Début du traitement

1. Le 21.8.92

2. a) Diagnostic?

2. a) Lombalgies chronique sur atteinte structurelle du rachis et surcharge professionnelle

b) Quant et comment cette affection s'est-elle manifestée pour la première fois (évtl. récidive) ?

b) douleurs progressives depuis 1989

c) L'assuré a-t-il déjà été en traitement pour l'affection mentionné sous chiffre 2 a) ?

c) physiothérapie en 1989 et début 1992

Le cas échéant, quant?

(...)

Observations complément 2a) Spondylolyse bilatérale L5 avec discret spondylolisthésis - discopathie L5 - S1. Les lombalgies datent en fait depuis que Mlle C. travaille dans l'entreprise familiale (manutention des fromages, lavage des chaudrons, etc). Compte tenu du conteste, un changement d'activité professionnelle est indiqué et la patiente est actuellement à la recherche d'un emploi moins éprouvant physiquement".

Par lettre adressée le 29 décembre 1992 aux C., la défenderesse a refusé d'intervenir pour les suites de l'événement annoncé. Elle a rappelé que "si une personne est malade ou accidentée à l'entrée en vigueur de l'assurance (27.01.1992 dans ce cas), les suites de cette maladie ou de cet accident ne donnent pas droit aux prestations".

Consultée par la demanderesse, la Société rurale d'assurance de protection juridique FRV (ci-après FRV) a écrit à la défenderesse le 17 février 1993 pour lui demander de réexaminer sa position. La défenderesse, dans un courrier du 30 avril 1993, lui a toutefois confirmé sa décision du 29 décembre 1992.

La FRV s'est adressée, par lettre du 17 mai 1993, aux médecins G. K., généraliste FMH à Villeneuve, et G. S., "médecine physique et réhabilitation", à S.; elle les a priés de lui faire part des remarques que leur inspirait l'argumentation développée par la défenderesse. G. K. lui a répondu, par lignes du 8 juin 1993, que la demanderesse lui avait signalé avoir souffert de lombalgies en 1989 et au printemps 1992 pour lesquelles un traitement de physiothérapie lui avait été prescrit. Le praticien a ajouté ce qui suit:

"Ceci dit, je ne vois pas la raison pour laquelle la Vaudoise se refuse à verser les indemnités pour perte de gain à la suite de l'incapacité de travail de 50 % accordée à Mademoiselle C. depuis le 21.8.1992 pour des lombalgies récidivantes.

A mon avis, la Vaudoise est en droit de refuser de verser des indemnités que si le contrat d'assurance de Mademoiselle C. prévoit une réserve concernant une incapacité de travail relative à des plaintes relevant de la colonne vertébrale. (...)"

G. S. a quant à lui répondu à la FRV par cette lettre du 1er juin 1993:

"Pour faire suite à votre courrier du 17 mai 1993, je porte à votre connaissance qu'effectivement les troubles de l'articulation sacro-iliaque dont souffre la patiente susnommée (réd. la demanderesse) sont probablement antérieurs à son entrée à la Vaudoise assurances.

Cependant, il me paraît extrêmement important de préciser les raisons qui ont conduit la famille C. à modifier ses polices d'assurances. Il semblerait, en effet, qu'il ne s'agisse pas d'une décision mûrement prise par l'assuré mais que, semble-t-il, pour des raisons de concentrations d'assurances, on leur aurait demandé de souscrire à cette nouvelle police. Si c'était réellement le cas, il est absolument inadmissible d'utiliser ce travers juridique pour refuser la prise en charge des soins lombaires de Melle C. Ch. Il est, en effet, très regrettable que notre système d'assurance semble vouloir assurer que des patients dont la bonne santé est garantie."

Par lignes du 22 octobre 1993, la FRV s'est à nouveau adressée à la défenderesse pour lui demander "instamment" d'intervenir dès lors que la demanderesse n'était en traitement pour aucune maladie ni aucun accident lors de l'entrée en vigueur de l'assurance. La défenderesse a répondu le 8 novembre 1993 en confirmant sa prise de position. La FRV lui a encore écrit le 23 novembre 1993 en contestant son interprétation de l'article 5 CGA et en relevant que si elle avait voulu se prévaloir d'une réticence elle aurait dû le faire expressément et se départir du contrat dans le délai péremptoire de quatre semaines dès connaissance du fait. La défenderesse a maintenu son refus dans sa réponse du 5 janvier 1994 en se référant aux articles 4 a) et 5.1 CGA. La FRV l'a informée le 2 mars 1994 qu'elle avait transmis le dossier à l'avocat Ph. N. Ce mandataire a contacté la défenderesse par lettre du 24 mars 1994 en l'invitant à prendre le cas de la demanderesse en charge. La défenderesse lui a adressé une réponse négative le 30 mars 1994.

La défenderesse a proposé à la demanderesse d'accepter une réserve médicale, touchant uniquement les affections de la colonne vertébrale et leurs suites à dire d'experts. Elle a allégué en procédure que la demanderesse n'a jamais signé cette réserve, ce qui n'a pas été contesté.

La demanderesse a déclaré à l'autorité fiscale un revenu net provenant d'une activité lucrative dépendante de 18'480 fr. pour 1989, 18'480 fr. pour 1990, 18'000 francs pour 1991 et 18'000 fr. pour 1992.

Une expertise a été confiée en cours d'instance à F. M., médecin associé au CHUV, Chirurgie orthopédique FMH, à L. Il a déposé un rapport le 31 juillet 1995, où on lit notamment ce qui suit:

"(...) Sur la base de l'anamnèse, de mon examen clinique et de l'étude du dossier médical, on peut admettre une incapacité de travail de 50 % depuis le 28.8.1992, et ce jusqu'à ce jour. Dans le type d'activité qu'elle exerce dans le domaine familial, il est peu probable que cette capacité puisse être augmentée prochainement. Par contre, si la reconversion professionnelle intervient et que la patiente trouve un travail léger n'impliquant pas le maniement de lourdes charges, une capacité de travail proche de 100 % devrait être possible. L'intervention chirurgicale proposée, que la patiente pour l'instant n'envisage pas, devrait également permettre une capacité de travail proche de 100 % dans une activité adaptée, c'est à dire n'incluant pas le maniement de lourdes charges.

Cette incapacité partielle de travail de longue durée est motivée par les rachialgies lombaires basses, qui sont devenues chroniques et qui sont en relation avec l'altération discale elle-même, favorisée par la spondylolyse.

(...)

Cette patiente souffre d'une spondylolyse L5. Il s'agit d'une affection, dont l'étiologie n'est à l'heure actuelle pas encore clairement établie. Les deux hypothèses les plus probables sont les suivantes: soit, il s'agit d'une anomalie congénitale, avec défaut d'ossification au niveau des arcs postérieurs d'une vertèbre; soit, il s'agit d'une fracture lente apparaissant au niveau des arcs postérieurs d'une vertèbre, en règle générale dans l'enfance et évoluant vers une pseudarthrose. L'image radiologique étant après quelques mois exactement superposable.

Dans le cas présent, il est absolument impossible de trancher entre l'une ou l'autre hypothèse. Il faut encore noter que le terme spondylolyse est en fait un terme descriptif d'un état anatomique, soit, la non-soudure de l'arc postérieur. Cet état peut soit être associé à des douleurs, soit être totalement asymptomatique. Il arrive que, même chez des personnes plus âgées que cette patiente, une spondylolyse soit découverte lors d'un examen radiologique effectué pour un tout autre motif que des lombalgies. Certaines formes, n'entraînent ni douleurs, ni aucune altération fonctionnelle. Dans un tel cas, un patient, même porteur d'une spondylolyse, ne peut pas être considéré comme malade selon la définition donnée à la maladie par la Vaudoise assurance dans ses CGA. En effet, pour qu'il y ait maladie, il faut qu'il y ait trouble du fonctionnement. Or dans le cadre d'une spondylolyse asymptomatique, il n'y a pas de troubles du fonctionnement en tout cas médicalement décelable avec les moyens dont la médecine dispose à l'heure actuelle.

Dans le cas de cette patiente, en reprenant son histoire médicale, nous pouvons dire que cette spondylolyse L5 est présente depuis de nombreuses années, sans qu'il soit possible de déterminer la date d'apparition exacte de la lésion anatomique (cf. explication ci-dessus). Le diagnostic a pu être établi lors du premier examen radiologique soit le 26.8.1992. Auparavant, la patiente ne pouvait pas savoir, qu'elle était atteinte de cette anomalie. Les épisodes de rachialgies, pour lesquels elle avait été traitée en 1989 et au printemps 1992 (selon rapport du Dr K. du 8 6 93) et qui rappelons-le avaient rapidement cédé sous traitement simple de physiothérapie ne permettaient pas de poser, ni même de soupçonner ce diagnostic. En effet, des rachialgies de courtes durées, même chez des gens jeunes, sont, une des causes fréquentes de consultation médicale. Il est admis, dans la grande majorité des cas de faire un traitement purement symptomatique sans investigation complémentaire telles qu'examen radiologique. Ce n'est que, en cas de persistance anormale des douleurs, de récurrences multiples, ou d'éléments franchement anormaux lors de l'examen clinique, que le médecin prescrit des examens complémentaires.

On peut donc qualifier ces épisodes d'états maladies temporaires, de courte (sic) durées. Mais avant que le diagnostic ne soit révélé par l'examen radiologique, la patiente ne pouvait pas savoir qu'elle présentait une anomalie vertébrale susceptible d'entraîner un état douloureux chronique. Le caractère rapidement résolutif de ces douleurs avant août 92, explique probablement pourquoi, elle a répondu non à la rubrique No 9 de la déclaration de la personne à assurer sur son état de santé daté de 1992 (la date exacte est illisible. Il s'agit de la pièce No 3 du Bordereau).

En fait l'état maladif durable n'est apparu que en août 92, soit au moment où la décompensation douloureuse est intervenue. Cette décompensation douloureuse, dans le cadre de la spondylolyse, intervient en règle générale à la suite d'une altération du disque intervertébral. Dans la spondylolyse, le disque sous-jacent soit en l'occurrence L5-S1 est soumis à des contraintes augmentées en raison de la non-fusion de l'arc postérieur. Cela (sic) entraîne en règle générale une hypersollicitation du disque. Les tissus de ce dernier, peuvent par ce biais, s'altérer. Ainsi donc, nous pouvons admettre que l'état maladie durable, soit les lombalgies basses avec radiculalgies intermittentes, sont apparues en août 1992. Leur apparition, a été favorisée, dans une proportion qu'il n'est pas possible de déterminer de façon précise par l'anomalie (sic) anatomique dont elle souffre, soit la spondylolyse, qui elle est certainement préexistante d'au moins plusieurs années à l'apparition de ces douleurs durables. (...)"

est nécessaire que le trouble soit médicalement constatable, ce qui élimine les cas les plus bénins ainsi que les sinistres fictifs.

Reste la notion centrale de "trouble du fonctionnement de l'organisme". Pour qu'il y ait maladie au sens de cette définition, l'anomalie dans l'accomplissement d'une fonction d'un organe à lui seul ne suffit pas. Il est nécessaire que l'événement ait une répercussion sur l'ensemble constituant l'être vivant, soit la personne prise comme un tout.

L'aptitude au travail, par exemple, requiert un bon fonctionnement de l'organisme; les concepts maladie-travail paraissant liés dans cette définition.

Pour revenir au cas clinique qui nous occupe, rappelons que la malade souffre d'une spondylolyse bilatérale de la 5^e (sic) vertèbre lombaire (solution de continuité des isthmes) causant une spondylolisthésis de la L5 sur S1 (glissement de la dernière vertèbre lombaire sur la première vertèbre sacrée). D'après l'anamnèse, l'apparition de cette affection organique n'est liée ni à une notion d'accident ni à un geste volontaire.

Selon toute probabilité, elle est la conséquence d'une anomalie biomécanique locale soumettant les deux isthmes de la 5^e (sic) vertèbre lombaire à des contraintes excessives aboutissant, dans un premier temps, à la formation d'une solution de continuité puis à la constitution d'un glissement intervertébral.

Nous avons vu que l'évolution de l'affection de Mademoiselle C. s'était déroulée en trois phases.

Antérieurement à l'apparition des douleurs survenues à l'alpage en juillet 1992 et motivant la demande de consultation du Dr K. le 21 août, la dernière vertèbre lombaire, soumise à des conditions mécaniques défavorables et subissant des micro-traumatismes répétés, a progressivement développé une lyse bilatérale permettant un listhésis modéré de degré I. Cette lente évolution s'est faite pratiquement sans symptômes, nécessitant à une seule reprise en 1988 un traitement physiothérapeutique ordonné sans investigation particulières, le Dr Ch. ayant banalisé l'affection.

Jusqu'à cette époque, où l'affection est restée latente, il est difficile d'admettre que la patiente ait présenté un trouble de fonctionnement de l'ensemble de son organisme, celle-ci pouvant normalement vaquer à ses activités personnelles et professionnelles.

Cet état latent s'est radicalement modifié au moment de la survenue de l'accès aigu apparu en juillet 1992 causant pour la première fois d'importantes lombosciatiques droites suffisamment invalidantes pour nécessiter des investigations, l'instauration d'un traitement et la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée. A ce moment précis de l'évolution, la spondylolyse devenue fortement symptomatique a été à l'origine d'un trouble de l'ensemble de l'organisme faisant entrer Mademoiselle C. dans le cadre maladif défini par la compagnie.

Le passage de l'affection à la chronicité maintient la patiente dans ce cadre, celle-ci n'étant retournée au "statu quo ante" ni du point de vie (sic) médical ni du point de vue professionnel.

On peut donc répondre à la question posée en affirmant que Mademoiselle C., bien que déjà porteuse d'une pathologie anatomique de la 5^e (sic) vertèbre lombaire, n'était pas malade au sens de la définition, antérieurement à la décompensation survenue en juillet 1992 et qu'elle l'est devenue depuis."

Par demande du 6 mai 1994, C. C. a pris, avec dépens, la conclusion suivante :

"Vaudoise Assurances lui doit une indemnité journalière de Fr. 50.-- au moins dès le 10 septembre 1992, sauf modification postérieure à la présente demande du degré d'invalidité, la demanderesse se réservant de préciser sa conclusion en cours d'instance dans le cadre d'un maximum de 720 indemnités journalières complètes, le tout avec intérêt à 5 % dès le 11 septembre 1992."

Dans sa réponse du 28 juillet 1994, la Vaudoise Générale a conclu, avec dépens, au rejet des conclusions de la demanderesse.

A l'audience préliminaire du 24 janvier 1995, la demanderesse a précisé sa conclusion comme suit:

"Vaudoise Assurance lui doit, à titre d'indemnité journalière de fr. 50 dès le 10 septembre 1992, un montant de fr. 36'000 (trente-six mille), avec intérêts à 5 % dès le 11 septembre 1992, subsidiairement dès une échéance moyenne ultérieure".

Par requête en augmentation de conclusions, la demanderesse a pris la conclusion suivante :

"I.- Vaudoise Assurance lui doit, à titre d'indemnité journalière de Fr. 50.- dès le 10 septembre 1992, un montant de Fr. 72'000.- (septante-deux mille francs), avec intérêts à 5 % dès le 11 septembre 1992, subsidiairement dès une échéance moyenne ultérieure".

Par lettre de son conseil du 15 février 1995, la défenderesse a déclaré ne pas s'opposer à l'augmentation de conclusions requise et a conclu à libération, avec dépens.

Motifs: La demanderesse est l'une des bénéficiaires d'un contrat d'assurance globale agricole conclu avec la défenderesse. Ce contrat renvoie aux CGA de la défenderesse, édition d'octobre 1990.

La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1) dispose à son article 4 que "le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat"; cette disposition précise que "sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues" et que "sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques". Selon l'article 6 LCA, "si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence".

En l'espèce, il est constant que la demanderesse a souffert de lombalgies en 1988-1989 et au printemps 1992, pour lesquelles un traitement de physiothérapie lui a été prescrit. En remplissant le formulaire de "déclaration de santé" de la défenderesse le 27 janvier 1992, elle a pourtant nié avoir souffert de "douleurs dans le dos ou dans la région lombaire". La défenderesse a appris les antécédents médicaux de la demanderesse au plus tard en recevant le certificat médical du médecin G. K. daté du 17 novembre 1992. Elle ne s'est toutefois pas départie du contrat en invoquant la réticence de la demanderesse, si bien que ce moyen ne saurait être opposé aujourd'hui.

La défenderesse fonde son refus sur l'article 5 alinéa 1er CGA en soutenant que la demanderesse était déjà malade, au sens de l'article 4 CGA, avant l'entrée en vigueur de l'assurance. La question principale à résoudre en l'espèce consiste par conséquent à déterminer si la demanderesse était déjà "malade," au moment de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance, en fonction de la définition précise de la maladie figurant à l'article 4 lettre a) CGA, soit: "tout trouble involontaire du fonctionnement de l'organisme médicalement décelable et qui n'est pas dû à un accident".

D'une façon générale, en l'absence de dispositions particulières dans la LCA, les méthodes d'interprétation des contrats sont valables pour le contrat d'assurance. Le principe

de la confiance, déduit de l'article 2 alinéa 1er CC, est applicable sans réserve (RBA XVI no 21), de même que les règles générales tirées de l'article 18 CO par la jurisprudence et la doctrine (RBA XVI no 22; XIX no 40 p. 205; Kuhn / Montavon, Droit des assurances privées, Lausanne 1994, p. 111, litt. B 1). C'est ainsi que prévaut contre l'assureur la maxime "in dubio contra stipulatorem", mais pas sans qu'aient été épuisées au préalable les possibilités de l'interprétation ordinaire; cette règle vaut spécialement pour l'exclusion de certains événements de la couverture (ATF 118 II 342, spéc. 344). Si la réelle et commune intention des parties ne peut pas être établie, il faut se fonder sur leur volonté probable; on s'en tiendra alors à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé. Une clause d'exclusion doit être interprétée restrictivement, mais il ne s'agit pas de retenir d'emblée la solution la plus favorable à l'assuré (ibidem).

Selon l'article 33 LCA, l'assureur répond en principe de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Lorsque les conditions générales d'un contrat d'assurance collectif contre la maladie prévoient expressément que toutes les maladies préexistantes sont exclues de l'assurance, l'assuré n'est pas susceptible d'être couvert pour ces maladies (RBA XII no 107).

Les deux experts médicaux ont décrit de manière circonstanciée l'état probable de la demanderesse avant la crise de juillet-août 1992. La demanderesse était certainement déjà atteinte d'une "spondylose L5" avant l'entrée en vigueur du contrat. Selon l'expert M., elle présentait une anomalie vertébrale "susceptible d'entraîner un état douloureux chronique"; le terme de "spondylose" est en effet purement descriptif d'un état anatomique pouvant être totalement asymptomatique : certaines formes n'entraînent ni douleur, ni aucune altération fonctionnelle; l'expert indique encore que "l'état maladif durable n'est apparu que en août 92, soit au moment où la décompression douloureuse est intervenue"; les lombalgies basses dont souffre la demanderesse ont été "favorisées (...) par l'anomalie anatomique". L'expert M. note quant à lui que la plupart des nombreuses personnes atteintes d'une spondylose sont asymptomatiques; pour lui, jusqu'en juillet 1992, l'affection de la demanderesse est restée latente et il est difficile d'admettre qu'elle ait présenté un trouble du fonctionnement de l'ensemble de son organisme; dès lors, "bien que déjà porteuse d'une pathologie anatomique de la 5^e vertèbre lombaire", la demanderesse "n'était pas malade au sens de la définition".

Au vu de ce qui précède, on doit admettre que la demanderesse ne présentait pas, au moment de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance, un "trouble du fonctionnement de l'organisme, médicalement décelable"; elle n'était pas "malade" au sens de la définition restrictive donnée à ce terme par la défenderesse dans ses conditions générales.

D'ailleurs l'article 5 alinéa 1er CGA écarte du champ de couverture du contrat les sinistres déjà réalisés, et cette disposition doit être appréciée dans la même optique que la règle générale de l'article 9 LCA. Or le risque assuré en l'espèce est l'incapacité de travail à la suite d'une maladie et au moment de l'entrée en vigueur du contrat, la demanderesse était pleinement capable de travailler.

La demanderesse prétend au paiement par la défenderesse de 72'000 fr., pour mille quatre cent quarante jours d'incapacité de travail à 50 %.

En vertu du contrat d'assurance conclu avec la défenderesse, C. C. bénéficie d'un droit à une indemnité journalière de 100 fr. dès le quinzième jours d'incapacité de travail. Selon l'article 10 alinéas 2 et 3 CGA, "en cas d'incapacité de travail consécutive à un risque assuré, l'indemnité journalière assurée est versée proportionnellement au taux d'incapacité de travail", "l'indemnité journalière assurée est versée dès l'expiration du délai d'attente convenu et aussi longtemps que dure l'incapacité de travail" et "la durée du versement est toutefois limitée à 720 indemnités entières". Dans ces conditions, on doit suivre le calcul de

la demanderesse et admettre un droit maximum à mille quatre cent quarante indemnités journalières de 50 fr. en cas d'incapacité de travail à 50 %.

Il est établi que la demanderesse est atteinte d'une incapacité de travail à 50 % ayant débuté le 28 août 1992 et qui se poursuivra jusqu'à l'instauration de mesures de reclassement professionnelles. Il n'est pas contesté que cette incapacité est consécutive à un risque assuré, à savoir une maladie. Selon l'article 10 alinéa 1 CGA, "est réputée incapacité de travail toute impossibilité constatée par un médecin d'exercer, pour l'assuré, son activité habituelle". Par conséquent, l'obligation de la défenderesse est indépendante des éventuelles mesures de reconversion professionnelles imposées par l'état du bénéficiaire. L'affection dont souffre la demanderesse l'empêche d'exercer son activité habituelle à plus de 50 %. Cette incapacité a déjà duré plus de mille quatre cent quarante jours au moment du jugement, même en tenant compte du délai d'attente de quatorze jours.

La prestation d'assurance en cause doit être qualifiée d'assurance de sommes, au sens des articles 73 et suivants LCA, et non d'assurance contre les dommages. En effet, pour que l'on puisse parler d'une assurance contre les dommages en droit des assurances privées, il faut que les parties au contrat d'assurance aient fait de la perte patrimoniale une condition autonome du droit aux prestations (ATF 119 II 361, spéc. p. 365). Dans le cas particulier, que ce soit dans la proposition signée ou dans les CGA, rien n'indique que la prestation assurée revêt un caractère compensatoire et suppose non seulement une atteinte mais encore que celle-ci ait entraîné une perte patrimoniale (ATF 104 II 44, cons. 4d; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2ème éd., pp. 162 s.). Dans ces conditions, l'objection de la défenderesse touchant à l'absence de perte de gain effective de la demanderesse est sans incidence sur la solution du litige.

La demanderesse réclame des intérêts moratoires au taux légal de 5 % l'an (art. 104 al. 1er CO) dès le 11 septembre 1992, subsidiairement dès une échéance moyenne ultérieure.

L'article 41 LCA dispose que "la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention". En l'espèce, le père de la demanderesse a rempli une déclaration de maladie le 5 novembre 1992 à l'intention de la défenderesse. L'obligation de la défenderesse consistant à verser une prestation périodique pendant quatre ans, il faut tenir compte d'une échéance moyenne fixée au 4 décembre 1994 (5 novembre 1992 + quatre semaines + un jour + deux ans). Cette date étant postérieure aux mises en demeure de la demanderesse, elle peut être retenue pour le départ de l'intérêt moratoire (art. 102 al. 1er et 104 al. 1er CO).

Sous réserve du point de départ des intérêts, la demanderesse obtient entièrement gain de cause; elle a droit à de pleins dépens (art. 92 al. 1er CPC), qu'il convient d'arrêter à 9'700 fr., savoir :

- a) 6'000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil;
- b) 300 fr. pour les débours de celui-ci;
- c) 3'400 fr. en remboursement de son coupon de justice.

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

I. La défenderesse VAUDOISE GENERALE Compagnie d'assurances doit payer à la demanderesse C. C. la somme de 72'000 fr. (septante-deux mille francs) avec intérêt au taux de 5 % l'an dès le 4 décembre 1994.

II. Les frais de justice sont arrêtés à 3'400 francs (trois mille quatre cents francs) pour la demanderesse et à 5'400 fr. (cinq mille quatre cents francs) pour la défenderesse.

III. La défenderesse versera à la demanderesse la somme de 9'700 fr. (neuf mille sept cents francs) à titre de dépens.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le jugement qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 28 août 1997, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les dix jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe de la Cour civile un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en nullité, ou leurs conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Les voies de recours au Tribunal fédéral sont réservées.