

C1 01 64

JUGEMENT DU 27 JUIN 2002

COUR CIVILE II

Composition de la Cour : Jean-Pierre Derivaz, président; Françoise Balmer Fitoussi, Stéphane Spahr, juges; Camille Rey-Mermet, greffière ad hoc.

dans la cause

X , demanderesse et défenderesse en reconvention,
représentée par Me Christian Favre, avocat à Sion,

contre

Y **Assurances** , défenderesse et
demanderesse en reconvention, représentée par Me Yves Donzallaz, avocat à Sion.

(contrat d'assurance-accident; indemnités journalières)

PROCEDURE

A. Le 22 avril 1998, X , autorisée le 17 janvier 2001 à reprendre son nom de jeune fille, soit X , a ouvert action contre l'A Assurances (ci-après : A) en lui réclamant le paiement de 91'250 fr. avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} août 1996, avec suite de frais.

A l'appui de ses prétentions, dame X alléguait qu'elle avait été victime d'un accident de la circulation et qu'en raison de l'incapacité de travail qui s'en était suivi, l'A : devait lui verser des indemnités journalières pour la période du 1^{er} août 1995 au 31 juillet 1997. En droit, elle se fondait sur les dispositions des conditions générales du contrat d'assurance (ci-après CGA).

L'A a déposé sa réponse le 17 juin 1998, en concluant au rejet de l'action avec suite de frais. A titre reconventionnel, elle demandait le remboursement de 33'087 fr. 50, soutenant qu'elle avait versé des indemnités à tort.

Dans sa réplique du 5 octobre 1998, dame X a maintenu ses conclusions, concluant au rejet de la demande reconventionnelle.

B. Le débat préliminaire a eu lieu le 12 janvier 1999. L'instruction a consisté dans le dépôt et l'édition de pièces dont le dossier AI, l'audition de témoins et l'interrogatoire des parties. La demanderesse a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Le 13 mars 1999, l'A a été incorporée dans la Y Assurances (ci-après : Y).

Le rapport d'expertise a été rendu le 22 mars 2001 et notifié aux parties le 30 mars suivant.

L'instruction close, le juge de district a transmis le dossier au Tribunal cantonal pour jugement, le 7 mai 2001.

C. Dans son mémoire-conclusions du 22 mai 2002, dame X a modifié ses conclusions comme suit :

1. La Y paiera à X 129'887 fr. 50 avec intérêts à 5% depuis le 1^{er} août 1996, sous déduction de 35'312 fr. 50.
2. La demande reconventionnelle de la Y est rejetée.
3. Les frais des actions, tant principale que reconventionnelle, sont mis à la charge de la Y, laquelle versera à Renate Schöning de pleins dépens.

Au terme de son mémoire-conclusions du 19 juin 2002, la Generali a maintenu ses conclusions.

SUR QUOI LE TRIBUNAL CANTONAL

i. Statuant en faits

1. X et l'A ont conclu, pour une durée de 5 ans, un contrat d'assurance individuel contre les accidents prenant effet le 14 janvier 1989, selon police n° XXXX. Selon l'art. 15 des CGA applicable à cette assurance, le contrat conclu pour un an ou plus se renouvelait d'année en année s'il n'était pas résilié au moins 3 mois avant son expiration. La couverture d'assurance s'étendait, en cas d'incapacité temporaire de travail à une indemnité journalière de 150 fr. dès le 3^{ème} jour, de 200 fr. dès le 15^{ème} jour et de 250 fr. dès le 91^{ème} jour ainsi qu'à une indemnité journalière d'hospitalisation de 10 francs. Conformément à l'art. 7 des CGA, l'indemnité journalière convenue devait être versée aux conditions suivantes :

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, la Compagnie verse pour chaque jour de l'année l'indemnité journalière convenue, pendant la durée du traitement médical nécessaire.

Dans les limites ci-dessus, cette indemnité est due aussi longtemps que l'assuré n'a pas ou n'aurait pas droit aux prestations prévues en cas d'invalidité permanente au sens de l'art. 5 ci-dessus, mais au maximum pendant 5 ans à compter du jour de l'accident.

En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail.

Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident. Si un délai d'attente a été convenu, il commence à courir le jour où l'incapacité de travail a été constatée par le médecin, au plus tôt cependant le jour qui suit l'accident. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme jours entiers.

L'article 11 des CGA réglait en ces termes le cas de facteurs étrangers contribuant à aggraver les séquelles de l'accident :

Lorsque l'accident n'est que partiellement la cause de l'incapacité de la mort, de l'invalidité, de l'incapacité temporaire de travail et des frais de traitement, la Compagnie n'intervient que pour les suites normales de l'accident, c'est-à-dire celles prévisibles sans le concours de facteurs étrangers à l'accident, tels que maladies ou infirmités antérieures ou ultérieures à celle-ci.

Enfin, l'art. 16 des CGA réservait la possibilité pour l'assurance de résilier le contrat en cas de sinistre selon les modalités suivantes :

Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due, la compagnie peut résilier le contrat au plus tard lors du paiement de l'indemnité, et le preneur d'assurance au plus tard 14 jours après qu'il a eu connaissance de ce paiement.

Si la Compagnie résilie, le contrat expire 14 jours après réception de la résiliation par le preneur d'assurance; si le preneur d'assurance résilie, le contrat expire à réception de l'avis par la Compagnie.

b) X , née en 1943, avait une formation de vendeuse décoratrice. En septembre 1994, elle a ouvert un centre de thérapie naturelle, où elle pratiquait l'hydrothérapie du côlon et des massages énergétiques. Selon la déclaration de sinistre qu'elle a remplie le 22 décembre 1994, à l'attention de l'A , elle a été victime d'un accident de la circulation le 2 décembre 1994. D'après ses déclarations, un véhicule venant en sens inverse s'est déporté sur sa voie, ce qui l'a contrainte, pour l'éviter, à donner un coup de volant à droite, puis à gauche, sa voiture heurtant alors une borne de signalisation. Aucun témoin n'a assisté à l'accident.

Suite à l'apparition dans la soirée de nausées, céphalées et douleurs cervicales, elle s'est rendue le lendemain à l'Hôpital de Sion où le médecin a diagnostiqué une contusion cervicale, une scoliose dorsale et des troubles statiques diffus de la colonne vertébrale. Un traitement anti-douleurs ainsi que le port d'une minerve lui ont été prescrits.

Les douleurs ont cependant persisté dans les jours suivants, X se plaignant également de troubles visuels, vertiges, pertes de mémoire, difficultés de concentration, pertes de sommeil et paresthésie de la main, ce qui l'a amenée à consulter, le 13 décembre 1994, son médecin traitant, le Dr M . Celui-ci lui a délivré un certificat d'incapacité de travail à 100 % durant les trois premiers mois qui ont

suivi l'accident, à 75 % durant le quatrième mois et à 50 % dès le 10 avril 1995. Il a diagnostiqué une contusion-distorsion de la colonne cervicale type "coup du lapin". Devant la persistance des symptômes, il a adressé sa patiente au Dr D , neurochirurgien. Celui-ci, après avoir examiné dame X le 9 mai 1995, a confirmé le diagnostic posé par le Dr M . Le Dr L , ophtalmologue, a reçu la patiente à deux reprises, le 19 mai et le 8 juin 1995. Il a constaté l'existence de troubles visuels compatibles avec un "coup du lapin".

c) L'A a versé, pour la période du 5 décembre 1994 au 31 juillet 1995, des indemnités journalières pour un montant de 35'312 fr. 50. Elle a effectué le dernier versement le 3 août 1995. A sa demande, le Dr K a examiné la patiente le 14 août 1995. Dans son rapport du 25 août 1995, il relève que la patiente a subi lors de l'accident une distorsion cervicale mineure et qu'il n'existe plus d'élément susceptible d'être rapporté à l'accident incriminé qui n'était pas de nature à provoquer les symptômes constatés. Selon lui, les troubles décrits se rapportent à un "contexte étranger" à l'accident et ont été influencés par la "situation conjoncturelle". Il ajoute que, sur la base des constatations du Dr D , l'incapacité de travail n'aurait pas dû dépasser un mois et qu'actuellement, la patiente est en mesure de poursuivre son activité professionnelle à temps complet. Le 8 septembre 1995, en se référant au rapport de ce médecin, l'A a réclamé à dame X le remboursement de 33'087 fr. 50 en l'informant pour le surplus de la résiliation de son contrat. Dame X a refusé, le 4 octobre 1995, de payer la somme exigée, tout en contestant le rapport K et la résiliation du contrat.

d) Le Dr M a alors envoyé sa patiente chez différents spécialistes. Le Dr N , neurologue, a confirmé, le 13 octobre 1995, le diagnostic de syndrome cervical aigu, en relevant pour le surplus que l'examen neurologique était normal. L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) effectuée par le Dr S , radiologue, a mis en évidence, le 30 octobre 1995, une "très probable contusion du ligament alaire droit dans ses deux faisceaux et développement d'une fibrose péri-ligamentaire". Après consultation de ces divers spécialistes, le Dr M , dans un courrier du 7 novembre 1995 adressé au mandataire de la demanderesse, a relevé que, selon lui, l'accident du 2 décembre 1994 devait être considéré comme la seule cause des symptômes constatés sur la patiente.

Dans un rapport complémentaire du 28 novembre 1995, le Dr K a maintenu ses conclusions précédentes, en écartant tout lien de causalité naturelle entre les troubles et l'accident au motif que le choc avec la borne était tout au plus de nature à provoquer une distorsion cervicale mineure, mais dont les effets ne pouvaient en aucun cas se faire ressentir plus d'un an après l'accident. Ceux-ci étaient, selon lui, à mettre en rapport avec les troubles statiques rachidiens et l'arthrose postérieure cervicale que présentait la patiente déjà avant l'accident. Le 17 octobre 1996, l'A a fait notifier à dame X un commandement de payer portant sur le montant de 33'087 fr. 50.

e) Le 28 janvier 1997, dame X, sur la base d'une prédécision de l'Office cantonal AI (ci-après OAI) auprès de laquelle elle avait déposé une demande de rente AI, a exigé de l'A les indemnités journalières correspondant à une invalidité de 50 % du 1^{er} août au 2 décembre 1995 et de 25 % dès le 3 décembre 1995 ainsi que le versement d'un capital invalidité de 50'000 francs. L'assurance lui a répondu, le 12 février 1997, que son cas ressortait à l'assurance-maladie et a refusé d'entrer en matière. A la demande du Dr M le Dr W, spécialiste en matière de distorsion cervicale traumatique, a mis en oeuvre une expertise neuropsychiatrique. Il a rendu son rapport le 30 avril 1997. Selon lui, l'accident a provoqué un traumatisme cervico-cérébral, une atteinte du ligament alaire auquel s'est ensuite ajouté un "syndrome dépressif purement réactionnel à une souffrance persistante". Il nuance toutefois ses propos en précisant qu'il faudrait établir la part des atteintes arthrosiques antérieures à l'accident, dont l'évolution passe longtemps inaperçue, mais qui se font ressentir généralement avec les effets de l'âge, et dont l'accident a pu en l'espèce favoriser l'apparition. Par la suite, à l'occasion de son témoignage écrit, il est revenu sur ses propos et a affirmé que les symptômes de dame X étaient à mettre en relation exclusive avec l'accident. Il évalue le taux d'incapacité de travail à 100 % durant les trois premiers mois, 75 % pendant le quatrième mois, puis à 50 % voire plus dès le 10 avril 1995 jusqu'au 2 décembre 1997.

Par exploit du 2 décembre 1998, dame X a cité l'A en conciliation par devant le juge de commune de Mollens. Le 15 janvier 1998, l'assurance a délivré acte de non-conciliation conventionnel.

f) Parallèlement à ses démarches vis-à-vis de l'A , dame X a déposé, le 21 décembre 1995, une demande de rente invalidité. L'Office cantonal AI (ci-après OAI) a mandaté le Dr P qui a effectué une expertise neurologique. Dans son rapport du 12 décembre 1996, le médecin relève l'absence de lésions objectives et exclut que la patiente ait subi un "coup du lapin". Concernant le taux d'invalidité, il se rallie aux conclusions du Dr M , admettant une incapacité de travail de 50 % jusqu'en décembre 1995. A partir de cette date, il fixe l'incapacité de travail résiduelle à 25 %. Se fondant sur cet avis, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente invalidité à dame X par décision du 14 février 1997. Par jugement du 23 octobre 1997, le Tribunal cantonal des assurances a confirmé cette décision.

Le 22 avril 1998, dame X a déposé une demande de révision de la décision de l'OAI motivée essentiellement par le développement d'un syndrome dépressif réactionnel. Le 19 mai 1998, elle a été victime d'un deuxième accident de la circulation. Dans le cadre de la procédure de révision AI, le Dr C et le Dr A , tous deux neuropsychologues, l'ont examinée. Ce dernier a retenu, dans son rapport du 19 mai 1999, que la patiente a été probablement victime lors de son accident de 1994 d'une commotion cérébrale, ce qui a provoqué un taux d'invalidité de 50 %.

Le 14 février 2000, elle a été examinée par divers spécialistes au Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Les plaintes formulées par la patiente se rapportaient à des céphalées, des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire et un état dépressif. Le rapport du COMAI, après synthèse des observations des divers spécialistes, indique que dame X a été victime du syndrome de "Whiplash" ou "coup du lapin" lors de son accident de décembre 1994, ce qui a provoqué les symptômes dont elle se plaint. Il en est résulté une incapacité de travail de 40 % depuis l'accident jusqu'en mai 1998, compte tenu notamment du développement progressif de la dépression. Pendant toutes ces années, dame X a suivi divers traitements de physiothérapie, d'ostéopathie et d'homéopathie contre la douleur et les troubles de l'humeur qui n'ont jamais permis d'éliminer totalement les troubles. Les experts expliquent la persistance des symptômes de la manière suivante :

Les diverses études réalisées montrent en effet que les patients qui ont souffert d'un Whiplash peuvent rester symptomatiques 1 à 2 ans après l'accident dans 15 à 66 % des cas. Par contre, une incapacité de travail significative, 1 à 2 ans après l'accident, ne serait retrouvée que chez une minorité de patients, 2,9 à 6% selon les études. De multiples facteurs de mauvais pronostics ont également été identifiés : sexe féminin, âge, lésions dégénératives préexistantes du rachis cervical, stade clinique plus avancé,

sévérité de l'accident, position de la tête lors de l'impact, présence de cervicalgies pré-traumatiques, Il est intéressant de constater que Mme X présente plusieurs de ces facteurs de risque."

g) L'expertise judiciaire a été menée par le Dr G , directeur médical de la Clinique romande de réadaptation. Dans son rapport du 22 mars 2001, il se rallie à l'expertise COMAI, concluant à l'existence du syndrome de Whiplash, tout en ajoutant que l'arthrose de la patiente, antérieure à l'accident, favorise les douleurs. Il diagnostique une fibromyalgie, des troubles dépressifs récurrents, des cervicalgies, des lombalgies et un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Il estime que ces troubles sont à mettre en relation de causalité avec l'accident de décembre 1994, à l'exception du syndrome du tunnel carpien et des lombalgies qui proviennent de troubles statiques et dégénératifs lombaires. Selon lui, indépendamment de ces troubles non imputables à l'accident et de l'arthrose préexistante, l'accident a provoqué une incapacité de travail de 100 % pendant trois mois, 75 % pendant un mois et 50 % dès le 10 avril 1994.

h) La durée et le taux de l'incapacité de travail sont des questions de fait. Elles sont généralement fondées sur l'avis d'un médecin (RBA IV n° 238; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Berne 1995, n. 388; Brehm, L'assurance privée contre les accidents, Berne 2001, p. 197). Dans le cadre de l'assurance-accident privée, la notion d'incapacité de travail est purement abstraite; elle se réfère à une incapacité à exercer une activité lucrative, selon des critères médicaux, dans la mesure où les CGA ne renvoient pas à une estimation concrète de l'incapacité de travail (RBA XIX n° 75 p. 426; Carré, op. cit., p. 441-442 et réf.). Ainsi, il convient, le cas échéant, de s'écarter de l'avis d'expert médecin sur le taux d'invalidité AI, l'invalidité en assurances sociales étant une notion juridique, définie comme la répercussion du dommage sur la capacité de gain de l'assuré (art. 4 LAI; RBA XV n° 97).

i) Dans le cas d'espèce, les avis médicaux divergent sur le diagnostic, la durée et la mesure de l'incapacité de travail subie par dame X . L'expertise judiciaire, tout comme l'expertise effectuée par le COMAI, le Dr W et le médecin traitant retiennent que dame X a été victime, le 2 décembre 1994, d'un accident type "coup du lapin". A l'inverse, le Dr K sur lequel se fonde essentiellement l'assurance pour motiver le refus de ses prestations ainsi que le Dr P , excluent expressément ce diagnostic. La Cour retient l'opinion des premiers. En particulier, l'expertise de la COMAI, particulièrement fouillée, a été élaborée après consultations de divers

spécialistes en neurologie, neuropsychologie et psychiatrie et reflète la synthèse de leurs opinions. Mise à part la question du lien de causalité traitée par l'expertise judiciaire, elle aborde de manière particulièrement complète les points litigieux, repose sur des examens approfondis de la patiente qui se sont déroulés entre le 14 et le 18 février 2000, et a été établie sur la base de l'important dossier médical antérieur. A l'inverse, le Dr K est spécialisé en médecine générale. On peut donc partir de l'idée que les experts du COMAI, le Dr W ainsi que l'expert judiciaire ont décelé un traumatisme qui ressortit à une discipline où leur autorité prévaut sur celle de leur confrère. Par ailleurs, les conclusions du Dr K sont motivées par le déroulement des faits tels qu'il les a compris de la patiente qu'il n'a examinée qu'une seule fois. Quant à la durée et au taux de l'invalidité, la Cour ne voit pas de motif de s'écarter de l'opinion de l'expert judiciaire. Celui-ci s'est en effet fondé sur une notion abstraite de l'incapacité de l'assuré à exercer une activité lucrative, sans tenir compte de l'influence de l'invalidité sur l'activité professionnelle effective, au contraire de ses confrères du COMAI. De plus, il ne tient compte que de la part attribuable à l'accident, et non de l'arthrose antérieure et des affections imputables à d'autres causes. Conformément à l'avis de cet expert, la Cour retient une incapacité de travail de 100 % pendant trois mois, 75% pendant un mois et 50% dès le 10 avril 1994 en tout cas jusqu'au 31 juillet 1997 (RBA XIX n° 75 p. 426; XV n° 97 p. 528).

j) Dame X a perçu 18'750 fr. selon les décomptes produits de l'A, correspondant à des indemnités journalières calculées pour une incapacité de travail de 100 % du 5 décembre 1994 au 9 mars 1995. Pour la période du 10 mars au 9 avril 1995, les indemnités de 5812 fr. 50 ont été calculées sur la base d'une incapacité de travail de 75 %. Du 10 avril au 31 juillet 1995, elle a reçu des indemnités journalières de 14'125 fr. correspondant à une incapacité de 50%. L'assurance a ainsi versé à son assuré un montant total de 38'687 fr. 50 (18'750 fr. + 5812 fr. 50 + 14'125 fr.; cf allégué 25 admis, pièce 10 p. 32). Selon la Y, l'incapacité de travail n'a pas duré plus d'un mois. Elle réclame pour ce motif le remboursement des indemnités versées à tort, soit 33'087 fr. 50.

II. Considérant en droit

2. La procédure, introduite avant le 1^{er} janvier 1999, est régie par l'aCPC (art. 317 CPC).

3. a) La valeur litigieuse, déterminée par le montant de la demande principale, supérieur à celui de la demande reconventionnelle s'élève à 94'575 francs (art. 16 al. 2 CPC). Elle fonde la compétence de jugement du Tribunal cantonal en première et unique instance cantonale pour connaître de la demande (art. 5 al. 1 aCPC en relation avec l'art. 46 OJ).

En vertu de l'art. 22 CGA, pour tout litige résultant du contrat d'assurance, la Compagnie reconnaît la compétence des tribunaux du domicile suisse du preneur, de l'assuré ou des ayants droit (sur la portée de CGA quant au choix du for, cf. Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 70). Dame X était domiciliée en Valais au moment de l'introduction de l'action, de sorte que le Tribunal cantonal est également compétent "ratione loci".

b) L'une et l'autre partie admettent que la Y a succédé en droit à l'A

4. Les parties sont liées par le contrat d'assurance, ainsi que par les conditions générales annexées à celui-ci et, pour les points non expressément convenus, par les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; art. 23 CGA).

5. L'art. 7 CGA prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail.

En droit de l'assurance accident privée, le versement d'une allocation journalière est subordonné à l'existence de trois conditions (Brehm, op. cit., n. 382). Il faut premièrement une incapacité médicale de travail qui soit consécutive à un accident. L'assureur accident n'est tenu aux prestations contractuelles que lorsque l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé sont en relation de causalité naturelle et adéquate (RBA XI n° 98; Brehm, op. cit., n. 174 ss). Il faut également que le traitement médical soit en cours. Enfin, le cas ne doit pas être

médicalement "consolidé". En d'autres termes, l'invalidité éventuelle ne peut pas encore être déterminée.

6. En l'occurrence, seule l'existence d'un lien de causalité est litigieuse.

a) En cas d'accident, l'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. L'accident ne doit pas forcément être la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Une simple possibilité que l'accident soit à l'origine de l'atteinte ne suffit pas; la relation de cause à effet doit au moins pouvoir être qualifiée de probable. La causalité naturelle relève du fait (ATF 97 II 269; 88 II 430). L'assuré doit donc prouver cette causalité. Lorsqu'un accident de type "coup du lapin" a été diagnostiqué et qu'il existe un tableau de signes cliniques typiques, présentant de multiples plaintes telles que céphalées diffuses, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, état de malaise, fatigabilité rapide, troubles de la vue, irritabilité, labilité de l'affectivité, dépression, changement de la personnalité, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain est en principe admise (ATF 117 V 359; SJ 2000 II 440; Scartazzini, Considérations sur dix ans de développement en matière de causalité dans les assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de J.-L. Duc, Lausanne 2001, p. 259 ss).

b) Dans la soirée du 2 décembre 1994, dame X a ressenti des nausées, céphalées et douleurs cervicales, qui l'ont amenée à consulter l'Hôpital de Sion le lendemain. Dans les jours suivants, ces troubles ont persisté, dame X se plaignant également de troubles visuels, vertiges, pertes de mémoire, difficultés de concentration et pertes de sommeil. L'expert judiciaire a retenu que la patiente avait été victime d'un coup du lapin. La Cour s'est ralliée à cette opinion pour les motifs énoncés au consid. i). Au vu de ces considérations et de la jurisprudence précitée, l'existence d'un lien de causalité naturelle doit donc être admise entre l'accident de décembre 1994 et les troubles constatés.

7. a) La question de la causalité adéquate doit également être examinée (RBA XVII n° 54). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à produire un effet du genre de celui

qui s'est réalisé, de sorte que la survenance de ce résultat paraît, d'une manière générale, provoquée ou favorisée par cet événement (ATF 123 III 464 consid. 3a, 121 III 363 consid. 5, 113 II 178 consid. 2, 107 II 243 consid. 5a). Le juge appelé à se prononcer sur l'existence d'un rapport de causalité adéquate doit se demander, en face d'un enchaînement concret de circonstances, s'il était probable que le fait considéré produisît le résultat intervenu. A cet égard, ce n'est pas la prévisibilité subjective mais la prévisibilité objective du résultat qui compte (ATF 101 II 69).

En droit des assurances sociales, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit aussi être examinée dans le cas d'un accident type "coup du lapin" qui doit être qualifié de bénin, si l'accident en question a des conséquences immédiates qui ne sont pas manifestement indépendantes de l'accident; à cet effet, le TFA se réfère aux critères applicables pour les accidents de gravité moyenne (RAMA 1998 p. 243 consid. 3b), qui sont principalement, les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions subies, la durée anormalement longue du traitement médical, la persistance des souffrances, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues en cours de guérison ou les complications importantes, le degré et la durée de l'incapacité de travail (ATF 117 V 359 consid. 6a).

En droit de la responsabilité civile et de l'assurance privée, le caractère déterminant de la cause de l'accident est néanmoins soumis à des exigences moins élevées que dans l'assurance-accident sociale, eu égard aux objectifs de politique juridique différents des deux domaines (ATF 123 III 110 consid. 3b et c; Ileri, Commentaire bâlois, n. 17 ad art. 88 LCA). Une prédisposition ou une autre cause n'empêche pas le cas d'invalidité (RBA IV n° 253). En cas de maladies ou d'état maladif préexistant à un accident, les indemnités dues en raison des suites de cet accident doivent être réduites dans la proportion qui existe entre les différentes causes de l'état de l'assuré, à déterminer en toute équité et sur la foi d'un avis médical (RBA XVIII n° 45; RBA XIII n° 102). Pour décider de la réduction à opérer du chef d'une cause antérieure, il faut prendre le montant correspondant à une invalidité de 100 %, et le réduire de la part attribuable à la prédisposition, car ce n'est pas l'invalidité qui est restreinte, mais l'étendue des prestations assurées (RBA XVIII n° 45).

b) En l'espèce, il est vrai que l'accident est apparu comme bénin. Cependant, les troubles qu'il a fait naître chez la demanderesse et qui subsistent toujours à l'heure actuelle, de par leur nombre, leur durée et leur intensité, peuvent être qualifiés de graves. Bien que les traitements se soient suivis (physiothérapie, ostéopathie, homéopathie) sur toute cette période, les maux ont persisté de façon plus ou moins ininterrompue. On constate donc que quatre des critères applicables dans le cadre des assurances sociales sont présents, ce qui suffit en général à admettre l'existence d'un lien de causalité (RAMA 1998 p. 243 consid. 3c). Eu égard aux règles plus souples applicables en droit de la responsabilité civile et de l'assurance privée, la réalisation de cette condition doit donc être admise a fortiori dans le cas d'espèce. Par ailleurs, d'après les constatations de l'expert judiciaire retenues par la Cour, l'accident a provoqué une incapacité de travail de 100% durant les trois premiers mois, de 75 % pendant le mois suivant et de 50 % dès le 10 avril 1995 jusqu'au 31 juillet 1997. L'expert a tenu compte de l'arthrose préexistante à l'accident et a réduit en conséquence le taux d'invalidité pour arriver aux chiffres finalement articulés. De même, il a exclu du taux d'invalidité les lombosciatalgies et le syndrome du tunnel du carpe, non imputables à l'accident. Il faut donc admettre que l'accident de décembre 1994 était de nature, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner les séquelles dont souffre dame X .

8. Dans un ultime moyen, la défenderesse se prévaut de la résiliation communiquée à dame X par courrier du 8 septembre 1995, pour refuser toute prestation après le 25 septembre 1995, date à laquelle ladite résiliation a, selon elle, pris effet.

a) L'art. 16 des CGA reprend le système légal de l'art. 42 LCA. Aux termes de l'al. 1 de cette disposition, s'il n'y a qu'un dommage partiel et si, pour ce dommage, une indemnité est réclamée, l'assureur et le preneur d'assurance ont le droit de se départir du contrat au plus tard lors du paiement de l'indemnité.

Le droit de résilier le contrat est ainsi limité dans le temps. Par paiement de l'indemnité, il faut entendre le règlement complet de la dette de l'assureur, et non un paiement partiel (Carré, op. cit., p. 307 et réf.). Lorsque l'assureur fournit sa prestation au moyen de plusieurs paiements, il faut tenir compte du dernier versement (Nef, Commentaire bâlois, n. 18-19 ad art. 42 LCA). S'il entend se départir du contrat, son avis de résiliation doit parvenir à l'assuré au plus tard en même temps que la dernière

prestation par laquelle il exécute le contrat, faute de quoi la résiliation est tardive et ne déploie aucun effet (Nef, loc. cit.).

b) En l'espèce, la Y a effectué le dernier paiement le 3 août 1995. Sa résiliation, datée du 8 septembre suivant, est donc manifestement tardive. Elle ne saurait s'en prévaloir pour refuser les prestations découlant de l'accident du 2 décembre 1994. Le moyen de la défenderesse doit donc être rejeté, ce d'autant plus qu'il ne saurait influencer sur les conséquences financières d'un événement survenu bien avant la résiliation litigieuse.

9. Par conséquent, les conditions du droit à des indemnités journalières sont réunies. Puisque l'indemnité de 250 fr. est payable dès le 91^e jour, X peut prétendre, à titre d'indemnités journalières, à 91'375 fr. pour la période du 1^{er} août 1995 au 31 juillet 1997 (731 j. x 250 fr. x 50 %).

L'intérêt, au taux de 5 %, doit être compté dès l'échéance moyenne du 1^{er} août 1996.

Eu égard au sort de la demande principale, la demande reconventionnelle est rejetée.

10. La demanderesse obtient l'intégralité de ses prétentions. Les frais et dépens sont dès lors mis à la charge de la Y, en sa qualité de partie qui succombe (art. 302 aCPC).

a) Les frais de justice comprennent les débours de l'autorité et l'émolument de justice (art. 2 al. 1 LTar).

L'art. 11 LTar impose de fixer l'émolument de justice en fonction de la valeur litigieuse, de l'ampleur et de la difficulté de la cause, de la façon de procéder des parties et de leur situation financière. Selon l'art. 14 LTar, pour les contestations civiles de nature pécuniaire d'une valeur litigieuse de 100'001 fr. à 200'000 francs, l'émolument est fixé entre 5000 fr. et 15000 francs. La valeur litigieuse déterminante pour le calcul de l'émolument s'élève en l'espèce à 127'662 fr. 50 (94'575 fr. + 33'087 fr. 50; art. 27 al. 1 et 14 al. 2 LTar). Les débours de l'autorité s'élèvent à 3778 fr. 25 (huissier 50 fr. +

témoins 956 fr. + expertise 2772 fr. 25). En l'occurrence, même si la cause ne soulève pas de questions juridiques complexes, les faits étaient relativement touffus; ils ont en particulier nécessité la prise de connaissance de quinze expertises médicales. En conséquence, les frais de justice sont arrêtés à 12'550 francs.

Les avances des parties (8275 fr. par la demanderesse et 4275 fr. par la défenderesse) correspondant au montant des frais de justice, la Y versera à dame Schöning 8275 fr. à titre de remboursement d'avances.

b) Selon l'art. 32 LTar, pour les contestations civiles de nature pécuniaire d'une valeur litigieuse de 100'001 fr. à 150'000 fr., les honoraires sont arrêtés entre 10'100 fr. et 14'000 francs.

Les honoraires doivent être fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par l'avocat et la situation financière des parties. Les considérations ci-dessus sur la fixation des émoluments s'appliquent à la fixation des honoraires. En l'espèce, les débours d'avocat (art. 3 al. 3 LTar) sont arrêtés à 175 fr. (frais de copie, de port et de déplacement), alors que ses honoraires sont fixés à 12'500 francs. A titre de dépens, la Y versera 12'675 fr. à X .

Par ces motifs,

PRONONCE

1. La Y Assurances versera à X 91'375 fr., avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} août 1996.
2. Les frais de justice, par 12'550 fr., sont mis à la charge de la Y Assurances, qui versera en outre à X le montant de 12'675 fr. à titre d'indemnité pour les dépens.

Ainsi jugé à Sion, le 27 juin 2002

AU NOM DU TRIBUNAL CANTONAL

Le président

La greffière ad hoc

Expédié comme acte judiciaire le à :

- Me Christian Favre, avocat à Sion
- Me Yves Donzallaz, avocat à Sion