



Statuant immédiatement à huis clos, le Tribunal retient,

**EN FAIT :**

1. X , fille de D et H , est née le 31 mars 1992. D , qui vit séparée de son mari, a la garde de l'enfant.
  
2. a) Le médecin qui a accouché X est le docteur F , spécialiste FMH, médecin chef du Service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital du Chablais à Aigle.  
  
b) Lors de sa naissance le 31 mars 1992, X a subi une asphyxie néonatale sévère, liée à une rupture utérine qui a eu lieu pendant l'accouchement.  
  
c) Le 3 (recte : 31) mars 1992, H a déposé une demande de prestations AI pour mineurs auprès de l'assurance invalidité fédérale, pour sa fille X. A la question "quelles prestations d'assurance sont-elles demandées", le père a coché "mesures médicales (p. ex. en cas d'infirmité congénitale)" et "subsides pour la formation scolaire spéciale". Il est indiqué que l'assurée est affiliée à la caisse maladie A. L'atteinte mentionnée est une "asphyxie néonatale suite à une rupture utérine". Il est précisé qu'il y aurait un contrôle régulier de développement auprès du CHUV.  
  
D a exposé que le médecin avait expliqué que le dépôt d'une telle demande était "automatique" dès qu'est survenue une souffrance foetale, mais qu'il avait assuré qu'il n'y aurait pas ici de difficultés.

Dans un rapport AI du 15 mai 1992, les Dr M et L ont diagnostiqué une asphyxie néonatale sévère. Il est précisé que la mère a eu un premier enfant né par césarienne pour souffrance foetale aiguë. L'accouchement d'X a eu lieu, à terme, par voie basse, avec forceps "pour non progression et CTG pathologique. Au moment de l'expulsion, on visualise un gros hématome et l'enfant naît totalement flasque et blanc". Il y a eu une intubation oro-trachéale à 1 minute de vie et un premier mouvement respiratoire spontané à 20 minutes de vie. L'enfant est alors transféré au Pavillon des Prématurés. Le "status à la sortie" est : "Enfant en bon état général, rose sous air, (...). Auscultation cardio-respiratoire sp. Tonus légèrement diminué, grasping et Moro normaux. Fixation oculaire non testable. Plusieurs investigations neurologiques seront nécessaires au courant des deux premières années de vie, afin de fixer un

pronostic définitif".

3. a) H a rempli le 30 mars 1992 une proposition d'assurance auprès de la Caisse maladie A (ci-après : A ) pour X . L'assurance est souhaitée à partir du "30-03-1992", pour les frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que pour les "Ass. acc. décès/invalidité", catégorie "UTIZ", de 10'000 fr. et 100'000 francs. La prime mensuelle globale est de 53 fr. 80. Le formulaire porte l'indication que l'enfant est née le 31 mars 1992, mesure 51 cm, qu'elle est en parfaite santé et actuellement en traitement. Une réponse négative a été donnée à la question no 11 "Etes-vous atteint(e) d'une maladie, d'une infirmité, montrez-vous des dispositions à la maladie, souffrez-vous des séquelles d'accident, une invalidité existe-t-elle ? (...)". Sous le titre : "Déclaration réduite sur l'état de santé lors de demande d'indemnités journalières en cas d'acc./ass.-acc. compl.", H a coché la réponse "non" à la question no 18 : "Etes-vous actuel. atteint(e) d'une maladie, montrez-vous des disp. à des maladies, souffrez-vous d'invalidité ou de séquelles d'acc. ?".

La proposition a été reçue le 2 avril 1992 et acceptée le 6 avril 1992.

b) A a établi, le 7 décembre 1992, une attestation d'assurance pour les accidents, en cas de décès et d'invalidité "cat. UTIZ", valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 1993, pour D ; le montant assuré est de 10'000 fr. en cas de décès et de 100'000 fr. en cas d'invalidité, selon le degré de celle-ci. Le motif d'établissement de cette attestation est une "adaptation des primes". Un post-scriptum indique que "l'étendue des prestations de toutes les catégories d'assurance est réglée par les dispositions contenues dans les règlements".

c) La société anonyme "Y , Assurances-accidents de caisses-maladie suisses" (ci-après : Y ), à Zürich, est assureur-accidents en cas de décès et d'invalidité pour les personnes assurées auprès de l'A

Les conditions générales d'assurance-accidents en cas de décès et d'invalidité UTI (CGA) de Y , édition 1990, stipulent qu'"est réputé accident une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire" (art. 1 al. 1). L'art. 2 CGA prévoit des causes d'exclusion (maladies "de tous genres", lésions relatives à des radiations ionisantes, dommages à la santé dus à des mesures thérapeutiques et diagnostiques qui ne sont pas la conséquence de l'événement assuré, etc.). Aux termes de l'art. 10 CGA ("Fixation de l'indemnité"), si l'accident entraîne dans les deux ans à dater de l'accident une incapacité de travail probablement permanente (invalidité), Y paie le capital assuré, à savoir : en

entier en cas d'invalidité totale; en proportion du degré d'invalidité, en cas d'invalidité partielle. Selon l'art. 10 CGA toujours, est considérée comme invalidité totale la perte ou l'incapacité d'usage totale des deux bras ou mains, des deux jambes ou pieds, ou la perte simultanée d'une main et d'un pied, la paralysie totale, la cécité complète, les troubles mentaux incurables, excluant tout travail (lettre a). En cas d'invalidité partielle, il sera versé une fraction du capital assuré en cas d'invalidité totale correspondant au degré d'invalidité, la taxation s'effectuant sur la base d'une série de pourcentages (bras supérieur, 70 %; bras inférieur, 65 %; main, 60 %; etc.); en cas de perte partielle ou d'incapacité fonctionnelle partielle, il y a réduction proportionnelle du degré d'invalidité et les cas non prévus dans la liste qui précède sont traités analogiquement à ce schéma; pour plusieurs parties du corps ou organes atteints simultanément, le degré d'invalidité s'établit par addition des taux d'invalidité, mais s'élève au maximum à 100 %. En cas de perte de tous les doigts d'une main, le taux d'indemnisation est au maximum celui fixé pour la main correspondante. En application de la lettre c, lors de la fixation du degré d'invalidité, la mutilation de parties du corps ou l'incapacité d'usage partielle ou totale préexistante à l'accident feront l'objet d'une imputation calculée sur la base des dispositions ci-dessus. L'art. 18 CGA (droit applicable) renvoie à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et subsidiairement aux prescriptions de la loi fédérale sur les assurances en cas de maladie et d'accidents (LAMA), le règlement des assurances indemnités journalières ainsi que les statuts de l'A

4. Le 25 mars 1993, le service de pédiatrie, du CHUV, division de néonatalogie, unité de développement a informé l'office AI que le "diagnostic probable" pour l'enfant X , âgée d'une année, était celui d'une diplésie spastique.

Le 9 juillet 1993, le service de pédiatrie du CHUV a vu l'enfant, âgée de 15 mois et 1 semaine, et a fait les constatations suivantes :

"Cette fillette âgée de 15 mois présente toujours un tableau neurologique pathologique d'une tétraparésie avec troubles moteurs importants, prédominant aux MS, avec une importante hypotonie axiale, une posture pathologique des MS, un important retard de l'expression du langage, sans signes de troubles sensoriels, ni d'atteinte extra-pyramidale. Le développement cognitif reste difficile à évaluer actuellement, malgré quelques progrès dans le domaine des acquisitions.

A la demande du père, le diagnostic IMC a été confirmé. Nous proposons de poursuivre le traitement de physiothérapie malgré l'opposition de l'enfant. Nous proposons également

d'introduire un traitement d'ergothérapie. (...) "

Le 19 octobre 1993, le service de pédiatrie, du CHUV, a fait les observations suivantes sur l'enfant, alors âgée de 18 mois et 2 semaines :

"Au cours des 3 derniers mois, l'enfant a fait des progrès sur le plan moteur.

(...)

Impression : X présente donc le tableau d'une tétraparésie avec troubles moteurs prédominant aux MS et retard dans l'expression du langage. Elle n'a pas de troubles sensoriels, pas de troubles alimentaires et l'évaluation du développement cognitif montre un niveau qui correspond à peu près à 18 mois.

La prise en charge doit maintenant être bien coordonnée entre la physiothérapie et l'ergothérapie".

X a débuté un traitement d'ergothérapie en novembre 1993.

Le 10 février 1994, La Dresse B , dans une lettre à l'office AI a relevé que l'enfant X n'avait pas nécessité de soins particuliers avant l'âge de 6 mois, puis que c'est "à partir de ce moment-là que le retard de développement psychomoteur a été constaté".

5. Le 21 avril 1994, D et H ont signé le questionnaire accident de l'A pour l'asphyxie subie par X pendant sa naissance. Le "genre de blessure" indiqué est "Troubles moteur cérébral (IMC)"; il est indiqué que le cas a déjà été annoncé à l'AI.

Le 2 décembre 1994, A a répondu à un courrier du conseil d'X Chanchah du 10 novembre 1994, pour contester que les événements réalisent la condition de cause extérieure extraordinaire; pour elle, ils doivent être comptés parmi les risques généraux d'une naissance, d'où le refus de prestations au titre de l'assurance accidents. Il ressort du dossier qu'un formulaire a été adressé par l'A à son médecin conseil le 25 mai 1994; la détermination de celui-ci a été : "Il n'y a aucun accident, et l'invalidité ne concerne que les adultes avec une capacité de gain".

Le 17 janvier 1995, Y a informé le conseil d'X que l'A lui avait annoncé le cas. Pour elle, il s'agit ici clairement d'une complication puerpérale qui, du reste, est déjà intervenue lors de la naissance du premier enfant. Les

pièces médicales démontrent que l'accoucheur a dû utiliser le forceps, parce que des complications se sont manifestées avant que l'enfant voie le jour. La notion juridique d'accident doit donc être écartée "du simple fait que le forceps a dû être utilisé sciemment en prévision d'une quelconque complication prévisible. Le critère de l'atteinte dommageable soudaine et involontaire provoquée par une cause extérieure extraordinaire n'est donc pas donné. Les constatations médicales relèvent certes que le forceps a sans aucun doute causé un hématome, mais ce dernier n'a pas un caractère durable".

Le 20 juin 1995, l'office AI a admis de prendre en charge une physiothérapie prescrite "dans le cadre du traitement de l'atteinte congénitale".

6. Par arrêt du 25 juin 1996 (K 141/95 Kt), le Tribunal fédéral des assurances a constaté que la caisse-maladie A couvrait X "depuis sa naissance" et que l'assurance-accidents UTI était régie par le droit privé.

7. La Dresse N , médecin associé à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, Unité de réhabilitation pédiatrique, a rendu compte, le 3 septembre 1996, à la demande des parents d X de ce qui suit :

"Comme il s'agit d'une jeune enfant, il n'est pas possible d'indiquer un taux d'invalidité. En effet, plusieurs facteurs risquent de modifier celui-ci jusqu'à la fin de la croissance. Je pense en particulier aux effets de la croissance ostéo-articulaire proprement dite, aux acquisitions liées au développement de l'enfant et aux bénéfices des thérapies.

Le tableau neurologique fait partie du groupe des infirmités motrices cérébrales. Il s'agit d'une atteinte touchant le tronc, les 4 extrémités et l'expression du langage. Sur le plan cognitif, le niveau développemental actuel se situe dans les normes. Concrètement, les difficultés d'X sont importantes et interfèrent avec sa motricité globale (autonomie dans les déplacements, équilibre, coordination, changements de position); elle touche également de façon importante la motricité fine, entravant l'autonomie pour les gestes de la vie courante. X présente également un retard de langage expressif limitant actuellement les possibilités de communication avec les enfants de son âge.

Les difficultés multiples d'X rendent nécessaires un programme de rééducation lourd et complexe (physiothérapie,

ergothérapie, logopédie, hippothérapie et mesures pédagogiques spécialisées par le Serv. Educatif Itinérant)." ."

8. Le 16 octobre 1996, Y a souligné en substance que, même si le délai de deux ans de l'art. 46 LCA est formellement respecté (naissance du 31 mars 1992, présentation de la créance à l'égard de l'assurance-accident le 20 mars 1994), un délai de prescription a pu avoir commencé à courir avant. Selon elle, le jour auquel on peut constater avec certitude une invalidité est réputé déterminant pour les prestations d'invalidité. Dans le cas particulier, s'il n'est pas encore possible de déterminer avec certitude l'ampleur des séquelles d'invalidité, on sait tout de même avec certitude que l'assurée restera invalide toute sa vie. Afin d'éviter d'autres discussions, Y a accepté de renoncer à faire valoir la prescription, "au moins d'ici au 31 décembre 1997; à condition toutefois que la prescription ne soit pas effectivement encore survenue".

Solida a ensuite régulièrement renoncé à se prévaloir de la prescription, aux mêmes conditions, la dernière fois le 30 novembre 1999, pour une échéance au 31 décembre 2000.

9. Dans un courrier du 1<sup>er</sup> novembre 1999, le Dr F a estimé qu'X "suite d'une rupture utérine tout à fait imprévisible, a été victime d'une anoxie dont la conséquence actuelle est son infirmité motrice cérébrale. Cette rupture utérine a été soudaine, involontaire, due à une cause extérieure extra-ordinaire".

Solida s'est déterminée le 30 novembre 1999, comme il suit :

"Dans ce document, il n'est aucunement fait mention d'une description détaillée d'un nouvel élément qui nous amènerait à revoir notre position. Le médecin en question décrit en novembre 1999 comment s'est déroulé l'accouchement survenu en 1992.

Comme nous vous l'avons déjà communiqué dans cette affaire à plusieurs reprises, nous ne pouvons estimer que nous nous trouvons en présence d'un accident. En effet, lors de la naissance prématurée de l'enfant X est apparu une complication ayant nécessité l'utilisation d'un forceps. La manipulation de cet instrument a amené aux complications que l'on connaît, mais cette situation n'a rien d'extraordinaire, le risque réalisé dans le cadre de l'accouchement en question fait partie de ceux liés à tout accouchement.

Pour le surplus, nous vous renvoyons aux termes des

divers courriers déjà échangés.

Nous renonçons à invoquer la prescription jusqu'au 31.12.2000, pour autant que celle-ci ne soit pas déjà réalisée dans le cas d'espèce".

Le 8 décembre 1999, le conseil de D a pris note de qu'il lui faudrait ouvrir action sur la question de l'existence d'un accident, mais propose de mettre en application les clauses contractuelles d'évaluation de l'invalidité de manière à ce que la question litigieuse se limite en définitive à l'existence ou non d'un accident au sens des CGA.

Par courrier du 14 décembre 1999, Y a refusé d'instruire le taux d'invalidité de l'enfant, le cas n'entrant pas dans le cadre d'un événement assuré au sens de ses conditions générales.

10. Le 16 juin 2000, de Dr J , médecin-responsable de l'école spécialisée La Cassagne a rendu compte des éléments suivants au conseil de D

"Madame D m'a transmis votre demande adressée à la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois, en me priant de me prononcer, en particulier sur le chiffre 17 de votre projet.

Mme D m'a transmis cette demande, considérant que X étant élève de La Cassagne, depuis le 24.08.98, j'étais mieux à même d'y répondre que la Dresse N qui, elle, a suivi X pour les problèmes de rééducation pédiatrique depuis la petite enfance. Je vous laisserai donc vous adresser à elle si vous le jugez nécessaire.

Je connais X , dont je m'occupe des problèmes de rééducation en collaboration avec la Dresse N , depuis août 1998. Je précise que les avis que je vous transmets ont été discutés avec Mme D . D'autre part, je me permets de vous donner quelques avis sur d'autres points de votre demande, dont vous ferez l'usage qui vous semblera utile.

(...)

La définition de l'invalidité étant basée sur la perte de gain, cette notion est difficilement applicable à l'enfant. En effet, il est impossible de savoir maintenant déjà quelle sera effectivement le taux partiel d'invalidité effectivement atteint à

l'âge adulte, qui va dépendre de nombreux facteurs, croissance, évolution des séquelles, formation professionnelle, etc.

Dans ce contexte, il me semble quand même intéressant de décrire les compétences et les limitations actuelles d'X au point de vue fonctionnel.

X a principalement des limitations physiques.

Actuellement, au point de vue scolaire, elle fait des apprentissages normalement et a besoin d'une école spécialisée en raison de ses incapacités physiques. Elle est limitée dans ses activités quotidiennes, notamment à la marche qui lui demande de gros efforts. Elle a tendance à la chute et à se fatiguer rapidement. Ses performances dépendent par ex. des chaussures qu'elle met. En cas d'efforts prolongés, il lui faut plusieurs heures, voire jours pour récupérer.

Elle a besoin d'aide pour la vie quotidienne. Elle ne peut pas s'habiller complètement seule (boutons par ex., mais on peut imaginer qu'à terme elle choisira des habits qui ne la rendent pas dépendante d'autrui). Pour manger, elle utilise des services adaptés, a besoin d'aide pour couper sa viande. Manger proprement lui demande un très gros effort. Elle ne peut boire qu'à deux mains. Elle a aussi besoin d'aide pour son hygiène personnelle (douche, brosser les dents, hygiène aux toilettes, etc.). Il faut noter qu'actuellement, certains jours, elle ne peut vraiment pas accomplir ses gestes entièrement seule.

Au point de vue comportement, X est très volontaire, même obstinée. Elle entre facilement en contact avec les camarades. Elle peut parfois se montrer capricieuse. Cette capacité à vouloir surmonter ses difficultés facilitera certainement ses acquisitions futures.

En résumé, si X a de bonnes capacités de compréhension et d'apprentissages, elle reste limitée par ses déficiences physiques, ce qui limitera aussi l'accès à des activités professionnelles, et nécessitera probablement des adaptations au lieu de travail. Il est très possible que la fatigabilité qu'elle montre maintenant persiste et que cela interfère avec la durée du travail, donc avec sa capacité de gain, et bien entendu avec son taux d'invalidité.

(...)

Compte tenu des bonnes compétences intellectuelles de

X , on peut imaginer qu'elle sera capable d'exercer une activité lucrative, mais que cette dernière sera significativement influencée, donc restreinte, par ses limitations physiques et peut-être aussi par sa fatigabilité.

Il me semble qu'un taux de 50 % devrait être raisonnable. 75 % me paraît trop optimiste."

11. a) Par demande du 31 octobre 2000, X représentée par sa mère, a ouvert action contre Y et a conclu à ce qu'il soit constaté que l'événement survenu le 31 mars 1992 est un accident au sens des conditions générales.

b) Par réponse du 15 février 2001, Y a conclu au rejet de la conclusion prise contre elle. Elle a mis en avant le fait que la rupture utérine serait un risque inhérent à l'accouchement et a par ailleurs invoqué la prescription des prétentions de la demanderesse, l'infirmité de l'enfant étant manifeste pratiquement depuis sa naissance, à tous le moins dans les quelques mois qui l'ont suivie.

c) La demanderesse s'est déterminée sur la réponse le 23 mai 2001.

12. Le 29 avril 2002, le Dr M gynécologie-obstétrique, à La Tour-de-Peilz, a donné l'attestation suivante :

"J'ai été sollicité par Madame D , 1953, afin que je prenne position au sujet des événements survenus lors de l'accouchement de cette dernière le 31.03.1992. Je suis en effet intervenu chirurgicalement à deux reprises chez Madame D ; tout d'abord lors de la césarienne effectuée le 02.05.1989 et, d'autre part, le 31.03.1992 pour suturer la brèche utérine après un accouchement par forceps dans lequel je n'étais pas impliqué.

Je peux faire les remarques suivantes : la césarienne que j'ai pratiquée le 02.05.1989 a été effectuée à 2cm de dilatation en raison d'une suspicion de douleurs fœtales chez une femme présentant un dépassement de terme. Cette intervention n'a posé aucun problème particulier et les suites ont été simples et afebriles; il était dès lors tout à fait licite de pratiquer un accouchement par voie basse après cette césarienne en 1992 (le délai minimum conseillé après une césarienne avant d'avoir une nouvelle grossesse est de 6 mois). Ayant moi-même suturé la rupture utérine en 1992, je puis affirmer que cet incident n'était

pas prévisible et a un caractère parfaitement accidentel".

13. La Dresse V , experte désignée, a présenté son rapport le 2 août 2003 et s'exprime comme il suit :

### Informations concernant la rupture utérine

#### Définition de la rupture utérine

Séparation complète de la paroi d'un utérus gravide avec ou non extériorisation du fœtus dans la cavité abdominale.

La rupture utérine est une complication obstétricale peu fréquente (0.07 %, soit 1/1500 accouchements et 0.7 %, soit 1/150 lors de césarienne antérieure), mais malgré les progrès anesthésiques et obstétricaux, elle reste une vraie urgence dont les conséquences maternelles et fœtales peuvent être dramatiques. Elle peut survenir à n'importe quel moment de la grossesse, avec une incidence plus importante en fin de grossesse et durant l'accouchement.

#### Facteurs de risque de la rupture utérine

La rupture utérine peut être spontanée, sur un utérus cicatriciel ou sur un utérus intact.

Parmi les utérus cicatriciels on retrouve le plus fréquemment une césarienne antérieure, une myomectomie (ablation de fibromes utérins), un status après perforation utérine lors d'un curetage ou lors d'une hystéroscopie. Dans ce cas, la rupture utérine survient le plus souvent durant le travail, le point de départ est la cicatrice antérieure. Il y a en général peu de saignement et le pronostic maternel et fœtale est souvent bon.

(...)

La rupture utérine peut être favorisée par différents facteurs comme un accouchement instrumental traumatique, par un curetage utérin dans le post-partum, par un travail prolongé, par l'utilisation d'utéro-contractants (ocytine, prostaglandines), par une macrosomie fœtale (poids d'enfant élevé), par une délivrance artificielle du placenta ou par un décollement placentaire prématuré. On retrouve souvent plusieurs facteurs associés.

Les utéro-contractants ont souvent été incriminés comme cause possible de rupture utérine, mais ils ne semblent pas en augmenter le taux s'ils sont utilisés de façon adéquate en évitant

une hyper stimulation (contractions trop fréquentes).

Les accouchements instrumentés, notamment les forceps, peuvent être impliqués s'ils sont pratiqués sur une présentation fœtale non engagée.

La rupture utérine peut aussi être provoquée par un choc direct sur l'utérus (chute, accident de la circulation) à n'importe quel moment de la grossesse.

#### Fréquence de la rupture utérine

L'incidence de l'utérus cicatriciel ne cesse de s'accroître ces dernières années en raison de l'augmentation du taux de césarienne.

L'incidence de rupture utérine après tentative d'accouchement par voie basse est d'environ 0,07 % (1/1500) selon différentes études. Ce taux augmente à 0.6-0.7 % (1/150) en présence d'un utérus cicatriciel (...).

A la maternité de Genève entre 1980 et 1994, sur 37'022 accouchements dont 1'584 (4,3%) avec césarienne antérieure, nous avons déploré 31 cas de ruptures utérines, soit 0.09 %. Après césarienne antérieure le taux de rupture utérine était de 2 %.

#### Diagnostic de la rupture utérine

Paradoxalement, cet événement catastrophique est souvent insidieux dans son début et dans son développement. Le diagnostic est souvent difficile, car les signes cliniques sont variés et peu spécifiques, si bien qu'il est souvent posé lors de la laparotomie (ouverture de la paroi abdominale) faite en urgence par une souffrance fœtale.

Les manifestations cliniques les plus souvent retrouvés sont une souffrance fœtale (64%), une douleur abdominale brutale, vive, malgré une éventuelle anesthésie péridurale en place (38%) et un saignement vaginal plus ou moins abondant (18%) avec arrêt des contractions utérines (...).

Parfois la symptomatologie est moins claire lorsque le fœtus reste intra-utérin, il faut alors suspecter une rupture lors d'une altération inexplicée du rythme cardiaque fœtal, lors d'une douleur localisée au niveau du segment inférieur qui persiste même entre les contractions, et en présence d'une hémorragie de la délivrance (expulsion du placenta) après un accouchement normal.

#### Conséquences maternelles et fœtales

La mortalité maternelle est heureusement faible, mais la

morbidité est relativement importante compte tenu des hystérectomies (ablation de l'utérus) avec perte de la fonction reproductive, des saignements abondants nécessitant des transfusions et des lésions vésicales.

Les conséquences foetales peuvent être dramatiques. En 1990, Gola et al. ont montré que la mortalité fœtale était de 74 % dans un groupe de patientes présentant antérieurement un utérus intact et de 22 % dans le groupe des utérus cicatriciels.

La morbidité augmente de façon significative avec le délai entre le début de la souffrance fœtale et la naissance (...).

#### Prise en charge d'une femme ayant eu une césarienne antérieure

L'aphorisme bien connu de Cragin (1916) : "césarienne une fois, césarienne toujours" est remis en cause depuis longtemps.

Devant l'augmentation croissante des césariennes, il est indispensable de connaître les circonstances de la césarienne antérieure et de préconiser une attitude adaptée pour évaluer la voie d'accouchement des patientes porteuses de cicatrices avec le minimum de risque maternel et fœtale.

#### Conclusion

Le risque de rupture utérine après césarienne antérieure est minime (0.6-0.7 %), mais demande une intervention en urgence lorsque le diagnostic est suspecté, en raison des conséquences catastrophiques possibles.

Une tentative d'accouchement par voie basse chez une patiente ayant eu une césarienne antérieure comporte peu de risque si les patientes sont soigneusement sélectionnées et si, lors de suspicion de rupture utérine le délai d'intervention est rapide.

La rupture utérine est devenue exceptionnelle, elle survient dans la plupart des cas sur des utérus fragilisés par des cicatrices d'interventions antérieures (césarienne, myomectomies ...).

#### Réponse aux deux questions posées

1. La rupture utérine est-elle un risque inhérent au processus d'accouchement ?

Oui.

On devrait plutôt parler de risque inhérent à la grossesse, car une rupture utérine peut survenir à tout moment de

la grossesse, mais le plus fréquemment il est vrai, en fin de grossesse et au moment du travail.

Un antécédent de césarienne antérieure pour souffrance fœtale (comme dans le cas qui nous intéresse) ne constitue pas une contre-indication à une nouvelle tentative d'accouchement par voie basse. De grandes études multicentriques impliquant des milliers de patientes ont confirmé la relative sécurité de l'accouchement par voie basse sur un utérus cicatriciel.

Le risque de rupture utérine après césarienne antérieure est évalué à moins de 1% selon les différentes études.

2. Une rupture utérine est-elle un risque habituel au processus d'accouchement ?

Non.

Habituel est un mot inadéquat dans ce contexte, on devrait plutôt parler d'évaluation statistique du risque en fonction de divers paramètres.

Le risque, bien que faible est différent selon les différentes situations obstétricales.

Il est évalué à moins de 0.1 % sur un utérus intact et à moins de 1 % sur un utérus cicatriciel, il augmente lors de grande multiparité (femmes ayant eu plusieurs accouchements) et lors de déclenchement du travail, notamment avec des prostaglandines."

14. Ont été entendus à l'audience du 2 mars 2004, pour la demanderesse, sa mère assistée de son conseil, pour la défenderesse, son conseil, ainsi que l'experte judiciaire.

L'experte a exposé qu'une rupture de l'utérus peut provoquer une infirmité moteur-cérébrale. L'asphyxie néo-natale sévère qu'a subie X peut être théoriquement due à différents facteurs intra-utérin, sans lien avec une rupture utérine, mais en l'occurrence, l'experte a rendu compte que "le cas est assez clair" et que la cause de l'atteinte est bien la rupture de l'utérus. Sur le déroulement de l'accouchement, l'experte a expliqué que le médecin a découvert l'existence d'une souffrance fœtale grâce au "monitoring", mais n'a pas "posé le diagnostic de rupture utérine", d'où la décision d'utiliser les forceps (il est "plus facile d'employer les forceps que de pratiquer une césarienne en urgence"; "il peut arriver qu'on fasse une césarienne en urgence et qu'on voie qu'il y a eu une rupture"). Il y a ensuite un "flou" (il n'y a pas de rapport d'accouchement complet, c'est-à-dire une page "très détaillée" avec les différents actes et les heures auxquelles ils sont exécutés), mais le placenta ne venant pas, le médecin a "vu

une rupture utérine". Lors d'une rupture de l'utérus, le placenta se décolle et le bébé ne reçoit plus d'oxygène; il faut alors "faire très vite"; en l'occurrence, le bébé "n'était pas loin, sinon on n'aurait pas pu le sortir par la voie basse". Une rupture de l'utérus peut se produire après la souffrance foetale, mais c'est "tellement rare et ne concerne pas le cas présent", qui est clair. Lors d'une souffrance foetale sévère, les enfants aspirent du liquide, ce qui peut expliquer les infections que le bébé a eues; l'indication "bon état général" du rapport de sortie signifie seulement qu'au "niveau aigu", l'enfant ne posait pas de problèmes et n'a pas mal réagi aux différents tests (Moro, etc.). Les problèmes de retard mental apparaissent souvent plus tard, en principe vers l'âge de 5 ans; selon le degré de l'atteinte, le trouble peut se manifester plus vite (au moment de la position assise, de travers, ou avec la tête qui se positionne mal, ou encore au moment de la marche). Un diagnostic médical a été posé tôt pour X , qui était "un enfant à risque, à surveiller", parce que "le Ph" avait été mauvais et qu'elle avait subi une asphyxie à la naissance. Il peut arriver qu'un enfant développe des problèmes après sa naissance, indépendants de l'accouchement mais, vu les circonstances de l'opération, cette hypothèse ne peut être retenue. Interrogée à ce propos, l'experte a répondu qu'une rupture n'est pas "extraordinaire"; de nombreuses femmes ont un utérus cicatriciel et la rupture utérine est quelque chose "d'extrêmement présent dans la pratique gynécologique; on fait beaucoup de césariennes car on a peur de la rupture de l'utérus. Dès qu'une femme rentre avec une césarienne antérieure, on ne pense qu'à ça". Il y a dix ans, une deuxième césarienne était systématiquement pratiquée, puis "on a pensé qu'on en faisait trop"; il y a eu beaucoup d'accouchements par la voie basse, mais avec des ruptures d'utérus (1 % de risque pour le deuxième enfant), si bien qu'"on revient à l'ancienne pratique".

D a expliqué que le père d'X , qui "s'occupait de tout l'administratif", avait rempli la proposition d'assurance Helvetia avant la naissance, parce qu'il estimait qu'il était bon d'avoir cette couverture de plus pour l'enfant. La défenderesse pour sa part a souligné que la formule, remplie la veille de la naissance, contient toutes les indications de l'enfant né, ce qui fait douter de la date d'établissement du document. Le Tribunal a souligné en audience qu'il tenait pour acquis que la formule avait été complétée, vraisemblablement par l'assureur (deux écritures), à réception des informations liées à la naissance comme le poids et l'état de santé.

La défenderesse soutient que la demande a été faite sur un formulaire d'assurance-maladie et porte sur l'affiliation maladie de l'enfant, "avec possibilité de faire des options". Interpellée sur la case à cocher pour se prémunir contre le risque d'une "naissance IMC", la défenderesse a expliqué ne pas savoir si le produit d'assurance existe; en tout cas, le formulaire signé ne serait pas "la bonne catégorie d'assurance".

La défenderesse a plaidé qu'on ne pouvait assurer l'enfant avant la naissance (art. 5 LAMal, 4 LAI) et que la demanderesse, selon l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 25 juin 1996, a d'ailleurs été assurée dès sa naissance. Le système des prestations sociales, qui distingue accident, maternité, accouchement et grossesse, montrerait la voie à suivre pour raisonner dans le présent cas. Pour ce qui concerne la notion d'accident, elle a fait observer que l'enfant n'était pas hors du sein maternel au moment de l'événement dommageable. L'enveloppe de l'utérus est ce dont le fœtus a besoin pour vivre et elle lui est donc nécessaire; l'atteinte à l'utérus ne porterait donc pas sur quelque chose qui est extérieur au fœtus. Enfin, l'atteinte, à dire de l'expert en audience, ne présenterait rien d'extraordinaire sur le plan médical, puisque les praticiens "ne pensent qu'à ça".

### EN DROIT:

1. La demanderesse a plaidé l'existence d'un besoin clair de pouvoir s'engager et de pouvoir continuer des traitements onéreux qui ne sont pas intégralement pris en charge par l'AI. Pour sa part, la défenderesse, qui a soulevé la question de l'intérêt à l'action constatatoire, a toutefois admis qu'elle avait également un intérêt à savoir si, contre son interprétation des CGA, le présent cas – qui se présenterait pour elle pour la première fois "dans ces termes" - était constitutif d'un accident, car il faudra alors préciser les conditions d'assurance pour exclure ce cas de figure dans l'avenir; en définitive, la défenderesse a déclaré en plaidoirie s'en remettre à justice sur ce point.

Le Tribunal relève qu'il existe un intérêt financier des parties à lever les incertitudes sur la qualification des faits. L'art. 10 CGA prévoit des versements différenciés, en cas d'invalidité partielle, alors que le taux d'invalidité de la demanderesse, qui évolue en fonction des constants progrès de l'intéressée, n'est pas encore connu, et il faudrait attendre la fin de la croissance, soit un laps de temps trop important pour une pure action condamnatoire. La demanderesse a besoin de traitements et doit savoir si elle peut s'attendre à être indemnisée; la question du point de départ d'un intérêt moratoire pourrait même se poser (cf. art. 41 LCA); dès lors que le principe même de la couverture d'assurance est contesté. Cela étant, le Tribunal estime que l'action constatatoire est recevable.

2. Aux termes de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation, sous réserve de l'art. 41 LAVS. Dans l'assurance accidents, la prescription court dès que le bénéficiaire de la prestation est conscient de son état et a une connaissance sommaire de sa prétention. Le point de départ de la prescription des prestations en cas d'invalidité (dont la

notion est définie à l'art. 88 LCA) est clairement le moment où l'invalidité est acquise. L'assuré connaît son invalidité au plus tard lorsqu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité LAA (Carré, op. cit., p. 325).

Le Tribunal retient que la demanderesse suit divers traitements thérapeutiques et que son taux d'invalidité reste encore inconnu, bien que le principe n'en apparaisse plus douteux. On observera à ce sujet que, malgré le fait que la Dresse Buriel écrivait le 10 février 1994 qu'un retard de développement psychomoteur avait été constaté vers l'âge de six mois, et malgré les diagnostics et protocoles nécessaires à l'intervention immédiate et préventive de l'AI, le rapport du service pédiatrique du CHUV du 19 octobre 1993 constatait que le niveau cognitif de la demanderesse correspondait "à peu près" à son âge (18 mois et 2 semaines). En annonçant le cas à l'assurance le 21 avril 1994, les parents de la demanderesse ont agi en temps utile dans le délai de prescription de deux ans.

3. Lors de la conclusion d'un contrat d'assurance, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus (art. 4 al. 1 LCA). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 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 compter du moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA).

La question de savoir si H , en remplissant le questionnaire, a répondu de manière objectivement erronée à des questions qui n'étaient ni ambiguës, ni imprécises, peut demeurer ouverte. Il n'y a ainsi pas lieu non plus de se déterminer sur le moyen de la partie qui souligne avoir indiqué qu'un traitement était en cours et allègue s'être fiée à l'information médicale que tout irait bien. La défenderesse ne s'est pas départie du contrat en invoquant la réticence de la demanderesse, si bien que ce moyen ne saurait être opposé aujourd'hui.

4. Le risque constitue le fondement même du contrat. Il représente l'événement ou l'ensemble d'événements qui font l'objet de l'assurance. S'assurer contre le risque accident, c'est s'assurer contre un événement qui est l'accident. Le sinistre, soit la survenance de l'événement redouté, fait naître pour l'assureur l'obligation de verser la prestation convenue (Viret, Droit des assurances privées, 2<sup>ème</sup> éd., p. 117). La

détermination du risque est réalisée par un ensemble de dispositions – légales et contractuelles – dont les unes, positives, désignent les événements assurés, tandis que les autres se présentent sous la forme négative et complètent les premières, en énumérant certains faits qui sont exceptés de l'assurance. Ainsi, aux termes de l'art. 33 LCA, sauf disposition légale contraire, l'assureur répond 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.

L'"accident" est une notion qui se définit d'abord en conformité avec les clauses contractuelles convenues entre parties, qui ont pleine liberté de déterminer l'objet de l'assurance; dès lors si, à côté de la notion d'accident, les CGA énumèrent des faits déterminés qui sont considérés comme des accidents, l'obligation de l'assureur existe même si certains éléments de la notion général d'accident font défaut. L'accident peut être défini, suivant les cas, en s'inspirant de la jurisprudence rendue en matière d'assurances sociales, pour autant que les définitions soient semblables, mais les dispositions de droit social ne sont pas par principe applicables (cf. Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, p. 90 ad art. 1 LCA).

5. La LCA ne définit pas ce qu'il faut entendre par accident. C'est donc le contenu du contrat, en première ligne, qui est déterminant pour l'étendue du risque assuré, qui est lui-même délimité par la définition de l'accident. Le cas particulier est donc régi en particulier par l'art. 1 CGA qui prévoit qu'est réputée accident une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire; le décès par noyade est considéré comme un accident. L'art. 2 CGA prévoit diverses exclusions de l'assurance (maladies "de tous genres", dommages à la santé dus à des mesures thérapeutiques et diagnostiques qui ne sont pas la conséquence de l'événement assuré, etc.).

Il faut examiner si les conditions de la définition de l'accident sont réalisées.

6. a) Le dommage est le fondement même de la notion d'accident. Par atteinte au corps humain, il faut entendre non seulement toute atteinte matérielle directe, mais aussi les atteintes sans contact apparent avec le corps (lésion du nerf optique par une lumière subite; déchirement du tympan ou ébranlement du labyrinthe par une explosion), de même que les atteintes à l'intégrité psychique, commotions cérébrales, troubles nerveux et mentaux, consécutifs à un événement atteignant l'assuré. Il s'agit là en effet de troubles fonctionnels des centres nerveux, constituant des atteintes corporelles même en l'absence de lésions apparentes (Rutgers, L'article 33 LCA et les clauses limitant le risque

dans l'assurance individuelle contre les accidents, thèse Lausanne, 1936, p. 31 ss).

La réalisation de la condition du dommage ne fait aucune difficulté dans le cas particulier.

b) La notion de soudaineté de l'atteinte est relative, sans valeur mathématique absolue. Elle peut aller d'une fraction de seconde (foudre) à un temps plus ou moins long, plusieurs heures même, selon la nature de l'événement. Il y a une marge d'appréciation. Dans les cas douteux, on peut prendre en considération le fait que l'unité de l'atteinte, opposée à une atteinte prolongée et répétée, peut suppléer, dans certains cas, à la soudaineté (asphyxie par du gaz à la suite d'un séjour ininterrompu dans un même local, opposée à l'intoxication progressive d'un ouvrier exposé au jour le jour à des émanations de vapeur de mercure, par exemple, ce qui ne constituerait pas un accident); par ailleurs, la soudaineté du début de l'atteinte peut suffire à lui attribuer un caractère accidentel, à condition qu'il soit impossible à la victime de détourner les conséquences (ouvrier mort de faim dans un tunnel, où il est enfermé à la suite d'un éboulement; chute dans l'eau glacée, impossibilité de changer de vêtements, refroidissement; Rutgers, op. cit., p. 33).

En l'espèce, la demanderesse a été victime d'une asphyxie, dans le cours du processus unique et continu de l'accouchement; la rupture utérine est par ailleurs une circonstance soudaine, contre laquelle elle ne pouvait pas se défendre. En définitive, au regard des principes qui précèdent, l'atteinte qu'a subie la demanderesse est soudaine à tout point de vue.

c) L'atteinte extérieure, avec la soudaineté, est un élément qui sert principalement à distinguer l'accident de la maladie. L'atteinte extérieure s'oppose à tout processus pathologique interne, et il faut considérer comme telle toute atteinte portée au corps humain par un corps extérieur en mouvement, de même que le choc ou le contact avec un corps ou une matière immobile (chute sur le sol, étouffement, asphyxie par immersion) et les atteintes résultant d'une simple influence extérieure, sans contact matériel visible par exemple la chaleur (insolation), le froid (congélation), la lumière ou le son (cf. exemples supra), la pression atmosphérique ou la raréfaction soudaine de l'air, l'électricité (foudre ou contact avec une ligne haute tension). En outre, sont des accidents les dommages résultant d'un mouvement brusque de la victime, sans contact extérieur quelconque : déchirures, distorsions musculaires, à la suite d'un effort subit. Le caractère extérieur, stricto sensu, fait défaut. Le caractère imprévu et inévitable de l'événement serviront de critères distinctifs: mouvement brusque pour éviter un projectile, efforts pour éviter une chute (cf. Rutgers, op. cit., p. 34).

La personnalité commence avec la vie (il suffit de prouver que l'enfant a respiré ou que son cœur a battu), dès la naissance accomplie (séparation complète, naturelle ou artificielle, du corps de la mère, cf. art. 31 al. 1 CC); l'enfant conçu jouit des droits civils, à condition qu'il naisse vivant (art. 31 al. 2 CC). L'enfant conçu est titulaire de véritables droits, et pas seulement d'expectatives; il peut notamment avoir droit à une indemnité pour perte de soutien ou réclamer des dommages-intérêts pour lésions corporelles (cf. Deschenaux/Steinauer, Personnes physiques et tutelles, 4<sup>ème</sup> éd., p. 144).

La proposition du 30 mars 2002 mentionne que l'assurance est souhaitée dès le 30 mars 2002, soit dès avant la naissance, dont l'assureur a été informé de la date avant qu'il accepte la proposition le 6 avril 2002. La couverture d'assurance était donc formellement requise pour l'accouchement aussi et l'assureur, qui dit aujourd'hui ne pas vouloir assurer les accouchements et même probablement ne pas avoir de produits d'assurance pour ça, devait se rendre compte de la difficulté. La proposition d'assurance a été acceptée sans corrections. La défenderesse ne peut se prévaloir de la systématique complexe du droit des assurances sociales, dont on ne peut exiger qu'elle soit maîtrisée par une partie contractante non initiée, pour déterminer l'objet du contrat et exclure sa volonté d'assurer les accouchements. Il est vrai que l'art. 18 CGA renvoie à l'application subsidiaire de la "LAMA", mais cette clause présente un caractère insolite si elle a pour objet de limiter les prestations d'assurance et l'attention de l'assuré aurait dû être attirée tout spécialement sur elle, ce qui n'a pas été fait (cf. ATF 119 II 443); comme clause d'exclusion l'art. 18 CGA n'est au demeurant manifestement pas un article précis et non équivoque au sens de l'art. 33 in fine LCA, déjà par sa place dans le contrat. Partant, la référence de la défenderesse au droit social est écartée. Elle doit supporter l'imprécision du contrat dès lors qu'elle bénéficie d'une vaste expérience pratique et des données de la casuistique et qu'on pouvait attendre d'elle qu'elle s'exprime clairement.

Cela étant, la demanderesse, dont la naissance intervenait à terme, avait la maturité nécessaire à son développement; elle était en situation de se passer de l'utérus maternel au moment de la rupture. Pour elle, il s'agit donc déjà nettement d'un événement extérieur qui a porté atteinte à sa santé. Née vivante, elle peut exercer les droits que lui réservaient le contrat d'assurance.

d) En définissant l'accident comme l'effet indirect, provoquant une lésion corporelle, d'un événement extérieur violent dont l'assuré est atteint involontairement et soudainement, les parties considèrent que le mot "involontaire" se rapporte à la lésion corporelle, et non aux actes ni au facteur imprévu qui les a rendus dommageables (Carré, op. cit., p. 90). En d'autres termes, pour que l'assureur puisse se libérer de toute

obligation en invoquant l'intention de l'assuré, il ne suffit pas que l'acte incriminé ait été, en tant que tel intentionnel; il faut encore que le résultat de cet acte, soit le dommage que ce dernier entraîne, l'ait été également (cf. art. 14 LCA; Kuhn/Montavon, Droit des assurances privées, 1994, p. 233).

En l'occurrence, la couverture du dommage invoqué ne peut être exclue au regard de cette condition.

e) L'atteinte due à une cause extraordinaire est une formule qui concerne la distinction à faire entre les maladies proprement dites et celles qui se présentent sous forme accidentelle et qui peuvent constituer, dans certaines conditions, des accidents assurés. Le qualificatif d'extraordinaire ne doit pas être appliqué à l'accident dans son ensemble – qui est le plus souvent un événement de tous les jours – mais plus spécialement à l'atteinte elle-même, lorsqu'elle marque le début d'une maladie; l'application de ce critère permet alors de différencier la maladie ordinaire de celle présentant un caractère accidentel (Rutgers, op. cit., p. 36).

Avec l'expert, des constats duquel il n'a pas de motif de s'écarter, le Tribunal retient que la rupture utérine, qui concerne 1 % des femmes ayant subi une césarienne, n'est pas un événement ordinaire dans un accouchement, même si la problématique est très présente dans les esprits, et fait peur au point, selon l'expert, qu'après une première césarienne, les médecins ne "pensent qu'à ça". Il est décisif que l'événement dépasse ce qui est quotidien ou habituel. Dans ces conditions, le Tribunal retient que la demanderesse a été victime d'une atteinte exceptionnelle.

f) Il résulte de ce qui précède que les conditions pour dire qu'un accident a eu lieu sont réunies et que l'atteinte qui a touché la demanderesse présente les traits précis et distinctifs qui la font entrer dans le cercle des événements assurés.

7. Une clause limitative de couverture doit être interprétée restrictivement (ATF 118 II 342, rés. JT 1996 I 128), mais elle peut être rédigée en termes généraux sans qu'il soit nécessaire d'énumérer les cas d'exclusion, pourvu que la catégorie des événements exclus soit suffisamment précise et non équivoque pour qu'il ne subsiste aucun doute sur l'étendue du risque assuré, compte tenu du contexte (ATF 118 II 342 précité). C'est à l'assureur de prouver que les termes d'une clause limitative des CGA dont il se prévaut doivent bien être compris dans le sens qu'il leur attribue. La défenderesse n'a pas développé d'argumentation tenant aux clauses d'exclusion de l'art. 2 CGA. Elle n'établit au demeurant pas que l'état de la demanderesse serait dû à une maladie, au sens de l'art. 2 CGA, indépendante des circonstances de l'accouchement. La simple mention

administrative d'une "atteinte congénitale", sur une communication de l'AI du 20 juin 1995, qui n'a pas un diagnostic pour objet, est à cet égard insuffisante.

8. Si l'examen des causes d'un accident ne fait apparaître ni causes concomitantes ni fautes de tiers, et si l'accident apparaît comme la cause adéquate du dommage, il faut considérer que l'invalidité survenue est totalement imputable à cet accident (Carré, op. cit., p. 445). En l'occurrence, le dommage est attribué sans conteste par les médecins et l'expert à un événement extérieur précis qui est la rupture utérine. On ne voit pas de faute dans la décision du médecin qui a accouché la demanderesse d'utiliser les forceps - ainsi que l'avancement de la situation le permettait - plutôt que de tenter une césarienne (avec anesthésie, etc.), même si le diagnostic de rupture utérine n'a pas été posé tout de suite.

Il résulte de ce qui précède que la demanderesse a été victime d'une lésion accidentelle.

9. Les conditions pour que la défenderesse intervienne et exécute les prestations contractuelles sont réunies. Partant, l'action en constatation de droit est admise. Les frais et émoluments du Tribunal sont fixés à 1'000 fr. pour la demanderesse et à 4'500 fr. pour la défenderesse. Obtenant gain de cause, la demanderesse a droit à des dépens, arrêtés à 8'750 fr. (soit 7'000 fr. à titre de participation à ses honoraires d'avocat, 200 fr. pour les débours et frais de vacation, la TVA à 547 fr. 20, arrondie à 550 fr., plus 1'000 fr. en remboursement de ses frais de justice).

Par ces motifs,  
le Tribunal,  
statuant contradictoirement,

I.- constate que l'événement survenu le 31 mars 1992 est un accident au sens des Conditions Générales de Y Assurances;

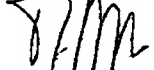
II.- fixe les frais et émoluments du Tribunal à 1'000 fr. pour X et à 4'500 fr. pour Y Assurances;

III.- alloue à X, à charge de Y Assurances, la somme de 8'750 fr. (huit mille sept cent cinquante francs) à titre de dépens (soit 7'000 fr. à titre de participation à ses honoraires d'avocat, 200 fr. pour les débours et frais de vacation, la

TVA à 547 fr. 20, arrondie à 550 fr., plus 1'000 fr. en remboursement de ses frais de justice);

IV.- rejette toutes autres ou plus amples conclusions.

Le président :

  
M. Gani

Le greffier :

  
N. Ghosn, sbt

Du 6 juillet 2004

Des copies du jugement qui précède sont notifiées aux parties, par l'intermédiaire de leurs conseils.

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant à mon greffe un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité, ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelles en sont les modifications demandées.

Le greffier :

  
N. Ghosn, sbt