



TRIBUNAL D'ARRONDISSEMENT  
DE L'EST VAUDOIS

Case postale 496  
Rue du Simplon 22  
1800 Vevey 1

2007/024

PP04.024518

## JUGEMENT

rendu par le

**PRESIDENT DU TRIBUNAL CIVIL**

le 10 mai 2007

dans la cause

X. c/ A. ASSURANCES

Réclamation pécuniaire

## MOTIVATION

\*\*\*\*\*

Audience de jugement : 8 mai 2007

Président : M. Marc PELLET

Greffier : M. D. Parisod, subst.

Statuant immédiatement et à huis clos, le Président considère ce qui suit :

**EN FAIT :**

1. X., née le 22 mars 1937, a conclu une police d'assurance-accidents pour particuliers auprès de A. Assurances, police n° 9.085.843, dès le 1<sup>er</sup> décembre 1999.

Cette police d'assurance prévoit notamment que la demanderesse peut bénéficier, en cas d'accident, d'une rente annuelle pour incapacité de gain de 30'000 fr., après un délai d'attente de 14 jours et pour une durée de 720 jours.

2. La police d'assurance-accidents souscrite par X. est régie par les conditions générales d'assurance de A. Assurances, édition 09.94.

En particulier, le chapitre D des conditions générales précitées traite de l'assurance de prestations en cas d'incapacité de gain. Sa teneur est notamment la suivante :

**« D 1 Quelles sont les prestations ?**

*Vous pouvez assurer l'ensemble ou l'une ou l'autre des prestations ci-dessous :*

- *rentes pour incapacité de gain avec durée des prestations limitée en jours en cas de maladie et d'accident. L'assurance peut aussi être limitée aux cas de maladie, à l'exclusion des accidents, et vice versa ;*
- *rentes pour incapacité de gain avec durée des prestations jusqu'à la date convenue en cas d'accident.*

A. verse la rente indiquée dans votre police lorsque la personne assurée n'est plus capable de gagner sa vie.

**D 2 Rentes pour incapacité de gain avec durée des prestations limitée en jours**

1 *Si la durée des prestations est indiquée en jours dans votre police, A. verse la rente pour le nombre de jours prévus par maladie ou accident, mais au maximum jusqu'à la date convenue. La durée des prestations est réduite du délai d'attente fixé dans votre police.*

2 *Les jours d'incapacité partielle de gain d'au moins 25 % comptent intégralement pour le calcul de la durée des prestations.*

[...]

#### **D 4 Quand une rente est-elle versée ?**

A. *verse la rente correspondant au degré de l'incapacité dès que celle-ci atteint 25 %. Lorsque l'incapacité atteint 66 % ou davantage, A. verse la rente complète. Aucune rente n'est versée pour une incapacité inférieure à 25 %.*

#### **D 5 Que considère-t-on comme délai d'attente ?**

1 *Le délai d'attente commence le jour où a débuté l'incapacité de gain selon la déclaration du médecin, mais au plus tôt 7 jours avant le premier traitement médical.*

2 *Les jours d'incapacité partielle de gain d'au moins 25 % comptent intégralement pour le calcul de la durée du délai d'attente.*

#### **D 6 Que considère-t-on comme rechute ?**

*La réapparition d'une maladie (rechute) est considérée comme une nouvelle maladie du point de vue de la durée des prestations si, pendant 12 mois au moins, la personne assurée n'a pas été dans l'incapacité de travailler à cause de cette maladie.*

#### **D 7 Qu'entend A. par incapacité de gain ?**

1 *Il y a incapacité de gain lorsque, par suite de maladie ou d'accident, la personne assurée est empêchée de façon temporaire ou définitive d'exercer sa profession ou de déployer une autre activité rémunérée. L'exercice de cette dernière ne peut être légitimement exigé que s'il est compatible avec les connaissances, les aptitudes et les antécédents de la personne assurée.*

2 *Le degré de l'incapacité de gain des **personnes exerçant une activité rémunérée** est déterminé sur la base de la perte de gain subie par la personne assurée. A cet effet, on compare le produit de l'activité rémunérée exercée avant que l'incapacité de gain soit survenue avec la rémunération qui est obtenue ou qui pourrait l'être par la suite, dans l'exercice d'une activité rémunérée légitimement exigible de la personne assurée ; la différence exprimée en pour cent du premier de ces revenus indique le degré d'incapacité de gain.*

3 *Chez les **personnes sans activité rémunérée et les enfants**, c'est l'ampleur des réductions provoquées par l'incapacité de gain dans les activités de la personne assurée et dans l'éventail des tâches assumées par elle qui est déterminante.*

#### **D 8 Comment la rente assurée est-elle versée ? Que faire lorsque l'étendue de l'incapacité de gain se modifie ?**

1 *Si la personne assurée subit une incapacité de gain, A. verse 1/360 de la rente mentionnée sur votre police par jour d'incapacité, ou 1/12 par mois. Si l'incapacité de gain est probablement définitive, elle verse la rente convenue au début de chaque trimestre.*

2 *Toute modification du degré d'incapacité de gain doit être annoncée immédiatement afin que les rentes puissent être adaptées. Les rentes éventuellement versées en trop doivent être remboursées à A. En cas de décès, cette dernière n'exige toutefois pas le remboursement des rentes versées pour le trimestre en cours.*

[...] »

3. X. a assumé le secrétariat du cabinet de physiothérapie de son mari, jusqu'au décès de ce dernier en date du 9 janvier 1997.

4. Depuis le décès de son époux, la demanderesse a exécuté divers travaux de secrétariat et de ménage.

5. Le 27 janvier 2002, X. a été victime d'un accident dans les jardins du Panorama, à Vevey. Alors qu'il pleuvait abondamment et que le sol était glissant, la demanderesse a chuté et s'est blessée au thorax, aux épaules, à la nuque et à l'abdomen.

6. La demanderesse a consulté le Dr E., à Clarens, en date du 30 janvier 2002. Le Dr E. l'a adressée à l'Hôpital de La Providence, à Vevey, afin de réaliser une IRM de l'épaule droite.

7. X. a informé A. Assurances de l'accident qui a eu lieu par déclaration datée du 8 février 2002.

8. Le 28 février 2002, la demanderesse a subi une IRM de l'épaule droite à l'Hôpital de La Providence. Le Dr F. a conclu que cet examen sommaire montrait des signes de déchirure subtotale du tendon du supra-épineux et de l'insertion du tendon du long chef du biceps.

9. Par envoi daté du 9 mars 2002, X. a informé la défenderesse du suivi de son état de santé et du traitement prescrit par le Dr E., soit le port d'un gilet orthopédique.

10. Le 3 mai 2002, le Dr E. a adressé au médecin-conseil de A. Assurances un courrier dont la teneur était notamment la suivante :

*« Comme vous le savez, je suis la patiente à ma consultation ambulatoire suite à son accident du 27 janvier dernier avec pour conséquence orthopédique une déchirure subtotale du sus-épineux de l'épaule D, pour laquelle il y aurait probablement une sanction chirurgicale à envisager dans l'avenir.*

*Toutefois, compte tenu d'autres problèmes abdominaux importants actuellement et qui nécessitent une intervention chirurgicale à ce niveau, il faut se rendre à l'évidence et surseoir à toute chirurgie élective orthopédique pour son épaule. »*

11. Le Dr G., à Vevey, a établi le 22 mai 2002 un rapport médical intermédiaire. Ce document mentionnait en particulier qu'X. souffrait d'un kyste intra-abdominal d'origine ovarienne connu depuis plusieurs années, bien toléré par la demanderesse jusqu'alors. Toutefois, suite à l'accident du 27 janvier 2002, X. a vu son abdomen augmenter de volume et exercer une compression de plus en plus importante du tractus digestif, nécessitant une intervention chirurgicale.

12. La demanderesse a été opérée le 30 mai 2002. Elle a subi l'ablation d'une volumineuse masse de type tératome prenant toute la cavité abdominale adhérente à toutes les structures adjacentes.

13. L'intervention concernant l'épaule d'X. a eu lieu le 29 octobre 2002. Il ressort du protocole opératoire que le Dr E. a constaté une grosse rupture de la coiffe des rotateurs.

14. X. a perçu de la part de A. Assurances une rente mensuelle de 2'500 fr. de février à décembre 2002.

15. Le Dr E. a établi le 13 février 2003 un rapport médical intermédiaire. Ce document relevait notamment que l'évolution de la situation de la demanderesse suite à l'opération du 29 octobre 2002 était bonne, mais très lente.

16. En date du 19 mars 2003, la défenderesse a adressé à X. un courrier libellé notamment en ces termes :

*« Le 27 janvier 2002, vous avez été victime d'un accident, raison pour laquelle la A. a pris le cas en charge et payé des indemnités journalières.*

[...]

*Comme convenu, nous avons soumis votre dossier à notre médecin-conseil. De l'avis de ce dernier, il s'avère que les lésions décelées lors de l'intervention du 29.10.02 sont d'origine dégénératives et n'ont pu être causées par votre chute. De ce fait, nous devons limiter nos prestations dans le temps.*

*Au vu de ce qui précède et selon l'avis de notre service médical, les troubles affectant votre santé ne sont plus en relation avec votre accident du 27.1.02 et nous fixons le terme de nos obligations au 31.12.02.*

*L'incapacité de travail attestée par le Dr E., à partir du 1.1.03 est donc en relation avec une affection d'origine pathologique pour laquelle il n'existe pas de couverture perte de gain auprès de notre compagnie. »*

17. Par courrier du 28 mars 2003, la demanderesse a contesté l'avis du médecin-conseil de A. Assurances, en affirmant notamment n'avoir jamais eu mal aux épaules jusqu'à l'accident survenu le 27 janvier 2002.

18. Par correspondance datée du 6 juin 2003, la défenderesse a informé X. qu'elle serait soumise le 11 septembre 2003 à un examen médical du Dr H., à Lausanne.

19. Le 25 août 2003, la société B., assurance protection juridique de la demanderesse, a adressé à A. Assurances un courrier dont la teneur était notamment la suivante :

*« Tant que l'expert ne se sera pas prononcé sur ce point, nous vous serions reconnaissants d'indemniser votre assurée et cela rétroactivement depuis le 1.1.2003 compte tenu des pièces médicales au dossier, notamment des certificats du Dr E. prolongeant l'incapacité de travail liée à l'accident jusqu'à une date indéterminée. »*

20. Le 11 septembre 2003, le Dr H. a établi un rapport d'expertise suite à l'examen médical effectué le même jour, à la demande de A. Assurances.

En substance, le Dr H. a estimé que la lésion subie par la demanderesse suite à l'accident du 27 janvier 2002 était plutôt à considérer comme un symptôme caractéristique du vieillissement et qu'une relation de causalité naturelle entre l'événement en question et les troubles constatés ne pouvait dès lors être retenue. Le Dr H. a ainsi limité une incapacité de travail due à cet accident à un maximum de trois mois.

21. En date du 22 octobre 2003, la défenderesse a adressé à B. un courrier libellé notamment en ces termes :

« Il ressort [des conclusions du Dr H. ] que les lésions décelées (troubles dégénératifs) à l'épaule droite ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 27 janvier 2002 et l'incapacité de travail consécutive à cet accident aurait dû être de maximum 3 mois.

A noter que nous avons déjà versé à X. environ 11 mois d'incapacité de travail à 100 %, soit jusqu'au 31 décembre 2002.

Malgré cela, nous vous informons que nous renonçons à demander le remboursement des indemnités journalières versées à tort et confirmons les termes de notre courrier du 19 mars 2003, soit la limitation de nos prestations relatives à l'accident cité en marge, au 31 décembre 2002, ceci par gain de paix et pour ne pas mettre X. dans la gêne. »

22. Selon les certificats médicaux établis par le Dr E., X. a été en incapacité de travail à 100 % du 30 janvier 2002 au 30 avril 2003 et en incapacité de travail à 75 % du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2003.

23. Par correspondance du 13 février 2004, O., conseil de la demanderesse, a adressé à A. Assurances un certificat médical établi le 18 décembre 2003 par le Dr E., dont la teneur était la suivante :

« J'atteste par la présente que la patiente a été sujet à un accident avec traumatisme direct sur l'épaule D le 27 janvier 2002 avec pour conséquence **une déchirure subtotale du tendon du sus-épineux**, que j'ai opéré en date du 29 octobre la même année. La patiente était tout à fait asymptomatique au niveau de son épaule avant le traumatisme. Il est donc évident que la lésion est en relation avec le dit accident. »

24. Par courrier daté du 15 avril 2004, la défenderesse a adressé au conseil d'X. une copie du rapport d'expertise établi le 11 septembre 2003 par le Dr H. Sur la base de ce document, A. Assurances a expliqué qu'elle estimait que les indemnités journalières dues à la demanderesse avaient été largement servies dans le cas particulier.

25. Par correspondance du 22 avril 2004, le conseil d'X. a notamment fait savoir à A. Assurances que la demanderesse contestait le rapport d'expertise établi le 11 septembre 2003 par le Dr H.

26. Par demande déposée le 9 novembre 2004, X. a conclu à ce qu'il soit prononcé, avec suite de frais et dépens, que A. Assurances lui doit immédiat paiement de 30'000 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> février 2003 sur 2'500 fr., dès le

1<sup>er</sup> mars 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> avril 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> mai 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> juin 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> juillet 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> août 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003 sur 2'500 fr., dès le 1<sup>er</sup> novembre 2003 sur 2'500 fr. et dès le 1<sup>er</sup> décembre 2003 sur 2'500 francs.

27. Par réponse déposée le 4 février 2005, A. Assurances a conclu à ce qu'il soit prononcé, avec suite de dépens, que la demanderesse est déboutée en toutes ses conclusions.

28. L'audience préliminaire s'est tenue le 14 juin 2005. A cette occasion, la conciliation a été tentée en vain.

29. Par ordonnance sur preuves complémentaire rendue le 2 août 2005, le Président de céans a désigné en qualité d'expert le Dr I., de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, avec pour mission de répondre aux allégués nos 17 et 46.

30. Le 24 mai 2006, le Dr I. a établi un rapport d'expertise médicale.

L'expert relève en particulier dans ce document que « la chirurgie de la coiffe des rotateurs est à visée fonctionnelle. Elle a pour but de diminuer les douleurs et d'améliorer la fonction du bras dans la vie quotidienne. Elle n'a donc pas de nécessité vitale. Par conséquent, les interventions au niveau de la coiffe des rotateurs ne comportent pas de caractère d'urgence. Elles ne sont proposées, pour autant que l'état général du patient le permette, qu'en l'absence d'affections médicale et/ou chirurgicale intercurrentes ayant des répercussions sur les fonctions vitales ». Le Dr I. explique de plus que « le protocole opératoire du 30 mai 2002 et concernant l'intervention abdominale (pièce 7 du bordereau I) nous montre que X. présentait un état fébrile avec syndrome inflammatoire et subiléus. Selon les éléments à notre disposition, il apparaît que X. présentait alors une affection abdominale avec répercussion sur les fonctions vitales et nécessitant une intervention relativement urgente. Le degré exact de l'urgence doit être précisé par le chirurgien qui a réalisé l'intervention ou un expert

en chirurgie abdominale ». L'expert considère ainsi qu'il « paraît clair que l'intervention abdominale devait avoir lieu avant celle de l'épaule. Après une intervention majeure, il est nécessaire d'attendre au minimum 3 à 6 mois avant d'envisager une intervention orthopédique élective et à visée fonctionnelle ». Par conséquent, le Dr I. estime que l'opération concernant l'épaule de la demanderesse n'a pu être prévue qu'une fois qu'elle s'était remise de l'opération concernant le kyste.

S'agissant de la relation de causalité entre l'accident survenu le 27 janvier 2002 et l'incapacité de travail subie par X., l'expert explique dans son rapport que « la question est de savoir si X. a souffert d'une lésion dégénérative ou traumatique de la coiffe des rotateurs droite. Les éléments objectifs à disposition nous permettent de conclure que les lésions de la coiffe des rotateurs ont vraisemblablement une origine dégénérative (degré de preuve supérieur à 50 %) ». Le Dr I. relève que « les radiographies de l'épaule droite réalisées le 20 février 2002 montrent clairement des signes indirects d'une pathologie chronique et étendue de la coiffe des rotateurs [...]. Plusieurs mois, voire années, sont nécessaires à la formation des signes indirects et ils ne peuvent par conséquent pas s'être développés entre le 27 janvier et le 20 février 2002. De même, l'IRM du 28 février 2002 révèle des lésions étendues de la coiffe des rotateurs avec amincissement des tendons, rupture partielle du long biceps, dégénérescence graisseuse et atrophie des corps musculaires [...]. Ces signes révèlent une évolution chronique, d'une durée largement supérieure à 4 semaines, et révèlent un état pathologique antérieur ». L'expert ajoute que « s'il paraît acquis que X. souffrait d'un état pathologique antérieur au niveau de l'épaule droite, sous la forme d'une lésion chronique dégénérative de la coiffe des rotateurs, nous pouvons considérer que l'accident du 27 janvier 2002 n'a provoqué qu'une aggravation temporaire, sans modifier significativement le cours irréversible de la maladie. En effet, les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs ne possèdent pas de potentiel de guérison spontanée, mais s'aggravent progressivement avec le temps (augmentation de la taille des lésions, atrophie des corps musculaires et apparition de troubles dégénératifs secondaires au niveau de l'articulation gléno-humérale). La durée de cette aggravation temporaire peut être évaluée, selon l'expérience, à douze mois au maximum. Il faut donc considérer que le statu quo sine a vraisemblablement été atteint après un an. Par

conséquent, l'incapacité de travail en tant que secrétaire, comme seule suite de l'accident du 27 janvier 2002, est également évaluée à un an ». Le Dr I. considère ainsi que l'incapacité de travail subie par la demanderesse suite à la chute du 27 janvier 2002 et jusqu'au 31 décembre 2003 n'était pas entièrement due à cet accident.

31. En date du 31 octobre 2006, le Dr I. a déposé un rapport complémentaire d'expertise médicale.

L'expert relève en substance que l'aggravation temporaire liée à l'accident survenu le 27 janvier 2002 est « indépendante de l'affection abdominale intercurrente et des traitements entrepris (interventions chirurgicales abdominale et au niveau de l'épaule) ». Cette aggravation temporaire n'aurait ainsi pas été plus brève dans l'hypothèse où l'opération de l'épaule droite n'avait pas été reportée suite à l'intervention relative au kyste abdominal.

Le Dr I. considère de plus que « même en excluant l'accident du 27 janvier 2002 et la problématique de l'épaule droite, il est vraisemblable qu'une incapacité de travail aurait été provoquée par le kyste abdominal ».

32. Une audience a eu lieu le 4 avril 2007, afin de procéder à l'audition anticipée du témoin P.

P. a déclaré qu'il était agent général de A. à Vevey jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 1985. X. était une cliente de A. Le témoin a affirmé que la demanderesse a assumé le secrétariat du cabinet de physiothérapie de son époux en tout cas jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 1985, en ignorant si elle a poursuivi cette activité par la suite. P. a encore précisé qu'il avait conseillé à feu l'époux d'X. de la déclarer comme employée et de conclure en sa faveur une assurance perte de gain. Le témoin a expliqué que la demanderesse était au cabinet de son mari du matin au soir et qu'elle recevait et orientait les patients. Elle fixait les rendez-vous et s'occupait du secrétariat courant. P. a constaté cela en qualité de patient du mari de la demanderesse.

33. L'audience de jugement s'est tenue le 8 mai 2007. A cette occasion, la conciliation a été tentée en vain.

Le Dr G., médecin d'X. et L., amie de la demanderesse, ont été entendus en qualité de témoins.

Selon le Dr G., il y avait une urgence vitale indéniable à surseoir à l'opération de l'épaule de la demanderesse afin de pouvoir procéder à l'intervention relative à son kyste abdominal. Cette intervention constituait un travail opératoire laborieux et périlleux pour enlever le kyste et les nombreuses adhérences accolant l'ensemble des viscères. Le témoin a relevé que ce kyste abdominal avait été diagnostiqué chez X. depuis 1997. Elle avait néanmoins refusé une intervention chirurgicale, car le kyste ne présentait rien de cancéreux et ne la gênait pas. La demanderesse aurait pu vivre avec ce kyste sans qu'une opération soit nécessaire si l'accident du 27 janvier 2002 ne s'était pas produit. Le Dr G. a précisé que la demanderesse est tombée plusieurs fois avant la chute du 27 janvier 2002.

L. a déclaré qu'X. s'est occupée du secrétariat du cabinet de physiothérapie de feu son mari jusqu'à son décès, le 9 janvier 1997. Depuis lors, elle a effectué divers travaux de secrétariat et de ménage. Selon le témoin, le traitement médical suivi par la demanderesse lui a permis de retrouver la mobilité de son épaule après la chute survenue le 27 janvier 2002.

34. Le 10 mai 2007, le Président de céans a rendu le dispositif suivant :

- « I.- *rejette les conclusions de la demande formée le 9 novembre 2004 par X;*
- II.- *dit que les frais et émoluments de justice sont mis par 3'502 fr. 80 (trois mille cinq cent deux francs et huitante centimes) à la charge d'X. et par 1'395 fr. 70 (mille trois cent nonante-cinq francs et septante centimes) à la charge de A. Assurances;*
- III.- *dit qu'X. est débitrice de A. Assurances de la somme de 6'345 fr. 70 (six mille trois cent quarante-cinq francs et septante centimes) à titre de dépens, soit :*
  - 4'500 fr., TVA en sus, à titre de participation aux honoraires de son conseil,
  - 450 fr., TVA en sus, pour les débours de celui-ci,
  - 1'395 fr. 70 en remboursement de ses frais de justice ;

IV.- *dit que, si aucune demande de motivation du présent jugement n'est présentée dans le délai légal, les frais de justice prévus sous chiffre II ci-dessus seront réduits à 3'337 fr. 80 (trois mille trois cent trente-sept francs et huitante centimes) à la charge d'X. et à 1'203 fr. 70 (mille deux cent trois francs et septante centimes) à la charge de A. Assurances, les dépens prévus sous chiffre III ci-dessus étant par conséquent réduits à 6'153 fr. 70 (six mille cent cinquante-trois francs et septante centimes) à la charge de A. Assurances ;*

V.- *rejette toutes autres ou plus amples conclusions. »*

35. Par courriers reçus les 18 et 23 mai 2007, A. Assurances et  
X. ont requis la motivation de ce dispositif.

### EN DROIT :

I. La demande de motivation étant intervenue dans le délai légal de dix jours, elle est recevable en la forme.

II. X. et A. Assurances sont liées depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1999 par un contrat d'assurance-accidents pour particuliers. Cette police prévoit notamment que la demanderesse peut bénéficier, en cas d'accident, d'une rente annuelle pour incapacité de gain de 30'000 fr., après un délai d'attente de 14 jours et pour une durée de 720 jours.

Dans le cadre de la présente décision, il convient d'examiner la prise en charge qui peut être réclamée par X. à la défenderesse suite à l'accident survenu le 27 janvier 2002. Cette question doit être appréciée selon deux aspects principaux : d'une part, la nature du contrat d'assurance liant les parties et, d'autre part, le rapport de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail subie par la demanderesse.

III. Selon l'article D 1 § 2 des conditions générales de A. Assurances, régissant la police qui lie les parties, la défenderesse verse la rente indiquée dans la police lorsque la personne assurée n'est plus capable de gagner sa vie. L'article D 7 ch. 2 prévoit que le degré de l'incapacité de gain des personnes exerçant une activité rémunérée est déterminé sur la base de la perte de gain subie par la personne assurée et qu'à cet effet, on compare le produit de l'activité rémunérée exercée avant que l'incapacité de gain soit survenue avec la

rémunération qui est obtenue ou qui pourrait l'être par la suite, dans l'exercice d'une activité rémunérée légitimement exigible de la personne assurée ; la différence exprimée en pour cent du premier de ces revenus indique le degré d'incapacité de gain.

Il ressort des deux clauses précitées que l'incapacité de gain assurée dans le cadre de la police d'assurance conclue par X. auprès de A. Assurances est l'incapacité de gain dans un sens large, soit non seulement l'incapacité de travail mais également l'incapacité d'exercer toute activité rémunérée légitimement exigible de la personne assurée. Cette notion d'incapacité de gain se rapproche ainsi de celle du préjudice économique issue des règles de la responsabilité civile, comme le relève la jurisprudence fédérale (notamment ATF 5c.103/1998 non publié ; ATF 104 II 44, JT 1978 I 462 résumé).

En l'espèce, aucun élément de fait n'a été allégué par les parties s'agissant de l'incapacité de gain au sens large d'X. On ignore en particulier quelle activité rémunérée pouvait être raisonnablement exigée de sa part. Or, le fardeau de la preuve concernant l'incapacité de la demanderesse à réaliser un revenu autre que celui découlant de son activité professionnelle lui incombe. Elle n'a rien indiqué à ce sujet et il n'appartient pas au Tribunal de céans d'instruire d'office autant de questions qui équivaldraient à renverser le fardeau de la preuve prévu à l'art. 8 CC.

IV. L'article D 7 ch. 1 des conditions générales d'assurance de A. Assurances prévoit notamment qu'il y a incapacité de gain lorsque, par suite de maladie ou d'accident, la personne assurée est empêchée de façon temporaire ou définitive d'exercer sa profession ou de déployer une autre activité rémunérée. Le rapport de causalité entre le risque assuré (maladie ou accident) et l'intervention de A. Assurances pour le versement des indemnités journalières pour perte de gain apparaît ainsi comme un élément fondamental de la relation contractuelle.

Selon l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Il est inadmissible de se

baser sur des affirmations rendues vraisemblables, mais non prouvées (ATF 104 II 216, non traduit au JT ; ATF 118 II 235, JT 1994 I 331).

En l'espèce, le rapport de causalité entre l'accident survenu le 27 janvier 2002 et l'incapacité de travail subie par X. n'apparaît pas d'emblée comme clairement établi. La demanderesse a déclaré n'avoir jamais eu de problèmes ou de douleurs à son épaule avant cet accident, cet élément étant d'ailleurs confirmé par le certificat médical établi par le Dr E. en date du 18 décembre 2003. Il est toutefois nécessaire de nuancer la portée conférée à un tel document, les déclarations d'un médecin traitant n'étant pas toujours fondées sur un raisonnement impartial (ATF 125 V 351, non traduit au JT). De plus, il ressort de l'avis de trois médecins que les lésions subies par X. à l'épaule sont plutôt d'origine dégénérative. Bien que les diagnostics énoncés par le médecin-conseil de la défenderesse ainsi que par le Dr H. soient à prendre en considération avec une certaine prudence, le rapport d'expertise déposé par le Dr I., qui paraît avoir une force probante suffisante, tend à conforter l'hypothèse d'un état pathologique antérieur ayant principalement causé l'incapacité de travail de la demanderesse. L'expert relève en particulier que les lésions de la coiffe des rotateurs d'X. ont vraisemblablement une origine dégénérative. Il considère toutefois que l'accident survenu le 27 janvier 2002 a provoqué une aggravation temporaire de cet état préexistant, qu'il a évaluée à un maximum de douze mois. Par conséquent, il est possible d'évaluer l'incapacité de travail de la demanderesse suite à cet accident à un maximum d'une année.

A. Assurances s'est acquittée du paiement d'indemnités journalières en faveur d'X. à raison d'une rente mensuelle de 2'500 fr. des mois de février à décembre 2002. L'incapacité de travail fondant le versement de telles prestations n'est due qu'à une aggravation temporaire d'un état pathologique préexistant ; elle a d'ailleurs été évaluée à une durée maximale de douze mois, constituant un plafond absolu pour l'indemnisation de la demanderesse. Partant, on ne saurait exiger de la part de la défenderesse qu'elle assume encore le service d'indemnités journalières supplémentaires, cela d'autant plus que l'incapacité de gain de la demanderesse n'est pas établie.

Il convient par conséquent de rejeter les conclusions de la demande déposée le 9 novembre 2004 par X.

V. Les frais de justice sont mis par 3'502 fr. 80 à la charge d' X.  
et par 1'395 fr. 70 à la charge de A. Assurances.

La défenderesse obtenant entièrement gain de cause, elle a droit à des dépens, conformément à l'art. 92 CPC. Il convient d'arrêter ces dépens à 6'345 fr. 70, soit :

- 4'500 fr., TVA en sus, à titre de participation aux honoraires de son conseil,
- 450 fr., TVA en sus, pour les débours de celui-ci,
- 1'395 fr. 70 en remboursement de ses frais de justice.

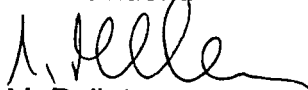
\*\*\*\*\*

Par ces motifs,

le Président :

rend le dispositif notifié aux parties le 10 mai 2007.

Le Président:



M. Pellet

Le greffier:



D. Parisod, subst.

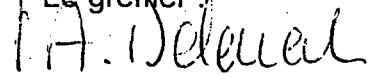
Du 06 SEP. 2007

Les motifs du jugement rendu le 10 mai 2007 sont notifiés aux parties par l'intermédiaire de leur conseil.

Les parties peuvent recourir auprès du Tribunal cantonal dans les **dix jours** dès la notification de la présente motivation en déposant au greffe du Tribunal d'arrondissement un acte de recours désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions, ou à ce défaut, indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelles sont les modifications demandées.

Si vous avez déjà recouru dans le délai de demande de motivation sans prendre de conclusions conformes aux exigences susmentionnées, votre recours pourra être déclaré irrecevable, à moins que vous ne formuliez des conclusions régulières dans le délai fixé ci-dessus.

Le greffier :



M. Guenot