

JUGEMENT du 24 avril 2012

Président: M.
Greffier: M.
Juriste-rédactrice : Mme

Vu la demande du 6 juin XXXX par laquelle **C. D.**, à B., représentée par Maître M., avocat à N., a pris à l'encontre de la société **B. SA**, avec siège à F., représentée par Maître C., avocate à B., les conclusions suivantes :

1. Condamner la défenderesse à payer la somme de 15'566.15 francs à la demanderesse plus intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} juillet 2006.
2. Sous suite de frais et dépens.

Vu la réponse du 24 juillet XXXX, par laquelle la société B. SA, a pris les conclusions suivantes:

1. Rejeter la demande dans toutes ses conclusions.
2. Sous suite de frais et dépens.

Vu le procès-verbal d'audience du 20 octobre XXXX,

Vu le procès-verbal d'audience du 1^{er} décembre XXXX,

Ouï, à dite audience, la demanderesse C. D., lors de son interrogatoire,

Ouï, à dite audience, le témoin N. D., régulièrement informé de son droit de refuser de témoigner, exhorté et indemnisé,

Vu le rapport d'expertise établi le 13 avril XXXX par le Dr S., spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et son complément du 27 juin XXXX,

Vu la décision incidente du 22 septembre XXXX,

Vu les conclusions en cause déposées par les parties les 13 décembre XXXX et 19 janvier XXXX,

Vu le dossier et les preuves administrées,

CONSIDÉRANT :

1. Selon police datée du 14 février 1997, complétée par des conditions contractuelles, C. D., née en XXXX, a conclu avec B. SA, une assurance-accidents collective pour les personnes non soumises à la LAA prévoyant le versement d'une indemnité journalière de 100.00 francs dès le 31^{ème} jour d'incapacité de travail en cas d'accident professionnel ou non professionnel, ce pour une durée maximale de 730 jours (PL 1 demande). A l'époque de la conclusion du contrat, la demanderesse exploitait un salon de toilettage pour chiens, à titre indépendant. Au début des années 2000, elle a réorienté sa carrière professionnelle vers le domaine de l'élevage de chevaux (D. 22, 54 p. 3).

2. Dans sa demande (D. 1), C. D. allègue que le 5 février 2006, alors qu'elle se tenait au surfaix d'un cheval pendant un exercice de voltige, celui-ci a brutalement accéléré, la faisant chuter sur les genoux. Lors de cette accélération, elle est restée agrippée aux poignées du harnais, ce qui a provoqué une torsion de son coude droit. Après le choc, elle a senti une douleur au haut de son avant-bras droit, cependant pas assez importante pour l'amener à envisager une fracture. Cette douleur s'est accentuée le lendemain matin à son réveil et s'est associée à une faiblesse de la main, qui l'empêchait de saisir le moindre objet. Le 22 février 2006, elle a consulté le Docteur B., médecin du sport à R., qui l'a mise en arrêt de travail du 6 au 28 février 2006. Sur prescription de ce dernier, une IRM a été pratiquée le 24 février 2006 par la Doctoresse L., radiologue FMH à L. Evoquant le membre atteint, celle-ci a relevé un "*aspect compatible avec l'arrachement d'un fragment cortical du versant huméral de l'articulation radio-humérale*" et une "*tendinopathie avec signes de rupture partielle du tendon commun des extenseurs à son site d'insertion sur l'épicondyle radial*". Le 28 février 2006, la demanderesse a rempli une déclaration d'accident à l'attention de la défenderesse, l'informant qu'elle avait été victime d'une chute lors d'un cours de voltige à cheval. Le 13 avril 2006, le Docteur B. a adressé un rapport médical initial à l'assurance, reprenant les conclusions de la radiologue et prolongeant l'incapacité de travail totale de la demanderesse. Face à la persistance des douleurs de sa patiente, il l'a envoyée chez le Docteur M., chirurgien orthopédiste FMH à L.. Par certificats médicaux des 4 et 17 mai 2006, ce médecin a confirmé l'incapacité de travail totale jusqu'au 17 mai, puis jusqu'au 6 juin 2006. Dans un rapport médical intermédiaire soumis le 14 août 2006 à l'assurance, il a posé le diagnostic

"d'épicondylalgie chronique du coude droit" et répondu "non" à la question de savoir si des circonstances sans rapport avec l'accident avaient joué un rôle dans l'évolution du cas. Par la suite, l'incapacité de travail de la demanderesse a encore été prolongée à hauteur de 2/3 durant la période du 7 juin au 5 septembre 2006, puis à nouveau à hauteur de 100 % dès le 6 septembre 2006, pour une durée indéterminée. A cette date, C. D. a été opérée par le Docteur M. pour une "épicondylalgie persistante après distorsion du coude droit". La défenderesse l'a ensuite adressée au Docteur K., chirurgien orthopédiste FMH à L., qui l'a examinée le 12 septembre 2006. Dans son rapport du 5 octobre suivant, celui-ci a relevé que, selon les dires de la patiente, la distorsion du coude n'était pas intervenue lors d'une figure de voltige, mais à l'occasion d'un mouvement banal à très faible énergie. Au terme de son examen, il a conclu que le lien de causalité naturelle entre l'événement du 5 février 2006 et les épicondylalgies droites n'était que possible, mais pas probable, en raison d'un état pathologique préexistant majeur du membre supérieur droit, du caractère bénin de l'accident, du développement secondaire et progressif des plaintes, ainsi que de l'absence d'arrachement du fragment osseux de l'épicondyle décrit par la radiologue, qui devait être considéré comme une calcification banale apparaissant dans certaines insertionites chroniques. Sur la base de ce rapport, retenant que le *statu quo sine* de son coude avait probablement été atteint quelques heures voire quelques jours après l'accident, la défenderesse a informé son assurée, par courrier du 16 octobre 2006, qu'elle considérait que le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'intervention chirurgicale était insuffisant, celle-ci relevant d'un état pathologique préexistant, à charge de l'assurance-maladie. Par courrier du 25 octobre 2006, C. D. a contesté ces conclusions et enjoint la défenderesse de lui verser les indemnités prévues par le contrat. La compagnie d'assurances a confirmé son refus de prise en charge le 27 octobre 2006, admettant cependant le caractère accidentel – bien que bénin – de l'événement du 5 février 2006 et renonçant par conséquent à réclamer le remboursement des prestations versées jusqu'au 30 avril suivant, considérant que le cas était liquidé à cette date. Le 27 novembre 2006, le mandataire de la demanderesse a sollicité l'avis de son médecin traitant, Docteur G., rhumatologue FMH à N., quant à l'existence d'un éventuel état pathologique antérieur pouvant influencer les douleurs ressenties. Celui-ci a répondu que sa patiente souffrait, en octobre 2005, d'un syndrome fibromyalgique floride et présentait une personnalité à transaction psychosomatique avec souffrance psychologique importante, qui avait entraîné son hospitalisation en maison de santé. Pour le surplus, il ne souhaitait pas s'impliquer davantage dans le litige opposant les parties en raison de sa qualité d'expert pour diverses assurances, dont la défenderesse. Contactés par la demanderesse, les Docteurs M. et B. ont, par courriers des 8 janvier et 17 juillet 2007, confirmé leurs propres diagnostics, le second qualifiant la décision de la défenderesse

d'inadéquade, voire farfelue. En dépit de ces deux avis et après avoir soumis l'ensemble du dossier à son médecin-conseil, Docteur V., la compagnie d'assurances a maintenu sa position. Dans le cadre de la présente procédure, la demanderesse sollicite la condamnation de cette dernière au paiement de 15'566.00 francs plus intérêts dès le 1^{er} juillet 2006, correspondant aux indemnités journalières dues pour les périodes d'incapacité de travail subies du 1^{er} mai au 29 octobre 2006

Dans sa réponse (D. 7), la défenderesse rappelle que le Docteur K., qui n'est pas son médecin-conseil, a établi un rapport détaillé sur l'anamnèse personnelle et socio-professionnelle, ainsi que sur le status de la demanderesse. A cette occasion, ce spécialiste a notamment relevé que l'assurée présentait depuis une dizaine d'années un "*syndrome douloureux chronique avec faiblesses et acroparesthésies du membre supérieur droit*" et que le rôle de cet état pathologique préexistant majeur devait être considéré comme fortement prépondérant, voire exclusif, par rapport à celui de l'événement mineur du 5 février 2006, ce dernier ayant peut-être réactivé un état douloureux antérieur mais n'ayant vraisemblablement causé aucune lésion anatomique significative du coude. La défenderesse estime donc que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 5 février 2006 et les épicondylalgies droites de la demanderesse n'est que possible mais pas probable et que le cas relève de l'assurance-maladie de cette dernière.

3. La police d'assurance conclue par la demanderesse est une "assurance-accidents collective pour les personnes non soumises à la LAA"; elle est régie par les termes contractuels ainsi que les conditions générales d'assurance et s'adresse à des personnes qui ne sont assurées ni obligatoirement, ni facultativement selon la LAA (PL 1, 2 demande, en particulier art. U.1 des conditions générales). Il apparaît ainsi que les relations juridiques existant entre les parties n'entrent pas dans le champ d'application de la LAA (et donc de la LPGA quant à la procédure à suivre), mais correspondent à une assurance privée contre les accidents. Ce sont donc les dispositions de la LCA qui trouvent application et les contestations y relatives doivent être tranchées par la juridiction civile.

La présente instance ayant été ouverte avant l'entrée en vigueur au 1er janvier 2011 du Code de procédure civile (unifié), le procès reste soumis aux règles de procédure de l'ancien droit (art. 404 al. 1 CPC). Il est repris par l'autorité judiciaire ayant remplacé le Tribunal civil du district de Neuchâtel, à savoir le Tribunal civil du Tribunal régional du Littoral et du Val-de-Travers (art. 83 OJN).

Le fait qu'au moment de l'ouverture de l'instance C. D. ait apparemment été domiciliée à B. (PL 16, 19 et 27 demande) et non à C. comme indiqué dans la demande reste sans

incidence quant à la compétence du tribunal, dès lors que B. SA a procédé sans faire de réserve quant au for, étant rappelé que l'article 21 al. 1 lit. a aLFors ne s'applique par à la partie défenderesse dans les litiges qui, comme en l'espèce, relèvent d'un contrat de consommation (art. 10, 21, 22 aLFors; Bohnet, Code de procédure civile neuchâtelois commenté, 2^{ème} éd., n. 1 et 3 ad art. 161 al. 1 lit. a; Donzallaz, Commentaire de la loi fédérale sur les fors en matière civile, Berne 2001, n. 11 ad art. 10 et n. 56 ss ad art. 22).

5.

5.1. L'objet du litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 5 février 2006 et le trouble du coude droit de la demanderesse persistant après le 30 avril 2006, respectivement les incapacités de travail au-delà de cette date. Le caractère accidentel dudit événement n'étant en revanche pas contesté par la défenderesse (PL 16 demande, réponse [ad 32, 39]), le présent jugement ne reviendra pas sur cette condition, qu'il tient pour acquise.

La défenderesse fonde l'arrêt du versement des indemnités journalières à son assurée sur le rapport médical du Docteur K. et l'avis de son médecin-conseil, Docteur V., qui concluent tous deux à l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions de la demanderesse postérieures au 30 avril 2006; elle estime que sa position est corroborée par les informations fournies par le médecin traitant de cette dernière, Docteur G., qui a attesté d'un état pathologique antérieur présent chez sa patiente en 2005 déjà (réponse [ad 37, 39 à 42], PL 13, 14, 16, 21 et 25 demande). Les conclusions du Docteur K. ont ensuite été confirmées par l'expertise judiciaire confiée au Docteur S. (D. 54, 62). La demanderesse conteste quant à elle la valeur probante de ces avis médicaux et expertises, au motif qu'ils contredisent les appréciations des trois médecins consultés par ses soins. Elle considère en outre qu'ils sont soit incomplets ou partiels, soit fondés sur des prémisses erronées ou non étayées (demande [ad 7, 9, 13, 15, 17, 18, 23, 24], PL 3, 5, 8, 10, 12, 13, 15, 19, 21 à 24 demande, conclusions en cause, p. 6, 8 à 11).

5.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Lorsque, comme en l'espèce, les conditions générales d'assurance ne définissent pas spécialement cette notion, il convient de se référer à la définition du droit commun (Brehm, L'assurance privée contre les accidents, Berne 2001, p. 108). Selon les principes généraux du droit, la causalité naturelle est admise lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'accident, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la

santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 cons. 3.1, arrêt du TC du 03.05.2011 [CDP.2010.54] cons. 2b). De même, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié si l'état de santé de l'intéressé est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans celui-ci, par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). La preuve de la disparition du caractère causal de l'accident doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante et incombe à l'assureur (arrêts du TF du 18.02.2010 [8C.377/2009] cons. 5.1, du 27.01.2009 [8C_565/2008] cons. 4.1 et du TC du 14.03.2003 [TA.2001.1] cons. 2).

Outre la causalité naturelle, le droit à des prestations requiert également l'existence d'un lien de causalité adéquate. Tel sera le cas si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 cons. 3.2, arrêt du TC du 03.05.2011 [CDP.2010.54] cons. 3).

5.3. Pour se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité naturelle dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent avoir recours à des avis médicaux, au besoin par voie d'expertise. Dans ce cadre, le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit dès lors examiner de manière objective tous les moyens de preuve, qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt du TF du 24.03.2011 [4A_5/2011] cons. 4.4, RJN 2003 p. 192 cons. 3b, arrêts du TC du 07.07.2010 [TA.2008.238] cons. 3b, du 30.06.2010 [CC.2006.89] cons. 4 et du 21.04.2005 [TA.2003.2] cons. 2c).

Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. A cet égard, une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. De même, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par un médecin traitant, qui, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, sera généralement plus enclin à prendre parti pour lui en cas de doute. Si le juge demeure tenu d'examiner si une telle appréciation est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, les conclusions d'une expertise judiciaire, on ne saurait remettre en cause ces dernières du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour la remettre en question (arrêt du TF du 15.10.2010 [9C_331/2010] cons. 2.2, RJN 2003 p. 192 cons. 3a, arrêts du TC du 07.07.2010 [TA.2008.238] cons. 3b et du 30.06.2010 [CC.2006.89] cons. 5b).

6.

6.1. En l'espèce, en cours de procédure, la demanderesse a été soumise à une expertise confiée au Docteur S., chirurgien orthopédique FMH à L. (D. 54, 62).

Au terme de son examen, l'expert indique, en substance, que l'événement du 5 février 2006 tel que décrit par l'intéressée a généré une entorse du coude droit, mais que la symptomatologie douloureuse immédiate modeste, le long délai d'attente entre le traumatisme et la première consultation médicale (17 jours), ainsi que l'absence d'hématome, d'œdème, d'empâtement, voire de tuméfaction significative excluent toute lésion anatomique significative du membre, comme une fracture ou une déchirure. Une telle atteinte ne ressort pas non plus des radiographies et IRM pratiquées après l'accident.

Il précise à cet égard que pour mettre la musculature intéressant les extenseurs de l'avant-bras à un degré de tension susceptible d'entraîner une déchirure, le coude doit être placé en pronation maximale (paume de la main vers le sol), associée peut-être à une flexion du poignet, mécanisme inverse de celui subi par la demanderesse. Usuellement, une entorse du coude cesse de déployer ses effets après une période maximale de quelques jours à quatre semaines. Une prolongation de cette durée peut être admise en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, mais celle-ci ne devrait cependant pas dépasser un mois supplémentaire. Au-delà de cette période, une raison non traumatique pouvant engendrer un tel état doit être recherchée. En l'espèce, les examens médicaux effectués évoquent très fortement une épicondylite affectant le coude droit de la demanderesse, soit une surcharge chronique de sa musculature épicondylienne, syndrome assez fréquent chez les personnes exerçant une activité astreignante régulière pour les membres supérieurs. Des signes en ce sens se retrouvent d'ailleurs également sur les radiographies du coude gauche. Selon l'expert, cette symptomatologie était en l'occurrence présente chez l'intéressée bien avant l'accident, qui souffrait depuis longtemps de polyalgies corporelles, intéressant notamment son bras droit. Ce diagnostic d'épicondylite est corroboré par le traitement uniquement conservateur, sans immobilisation du coude (plâtre, gilet), mis en œuvre dans un premier temps par les médecins, qui témoigne d'un tableau clinique initial plutôt rassurant, de même que par le type d'intervention chirurgicale pratiquée face à la persistance des douleurs, classique pour une problématique de surcharge articulaire. Celui-ci explique également l'anomalie sous-chondrale du condyle huméral mise en évidence par l'IRM du 24 février 2006, qui peut correspondre à un kyste sous-chondral, observé lors de phénomènes de surcharge, notamment au niveau du coude. L'expert conclut donc que l'événement du 5 février 2006, à l'origine d'une entorse bénigne du coude droit de la demanderesse, a tout au plus révélé son état pathologique sous-jacent, sans y ajouter cependant de lésion anatomique macroscopiquement évidente, et joué un rôle mineur et certainement transitoire dans l'évolution de son membre. Le délai d'atteinte du *statu quo ante/sine* pour la seule entorse n'a quant à lui pas dépassé deux mois au maximum. Il estime dès lors que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les incapacités de travail de la demanderesse postérieures à cette durée peut raisonnablement être écarté (expertise, p. 12 à 19 et complément d'expertise).

Cette appréciation repose sur une analyse détaillée de l'anamnèse et du dossier médical. Elle procède d'un examen attentif et complet de la demanderesse de près de 2 heures 30, suivi de 11 heures d'étude des pièces et rédaction de l'expertise (D. 53). Les plaintes de la patiente ont été prises en considération. L'expert a également repris et discuté les avis des autres médecins et, exploitant les diverses pistes médicales envisageables, précisé

les raisons pour lesquelles il se ralliait à l'une ou l'autre. Les points litigieux ont en outre fait l'objet d'une étude circonstanciée, qui ne dénote aucun parti pris. La description du contexte médical, ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Enfin, les conclusions de l'expertise sont dûment motivées et convaincantes. Il apparaît ainsi que ce rapport est conforme aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des pièces médicales.

On relèvera de plus que les constatations de l'expert sont corroborées par divers éléments factuels déterminants, ainsi que par d'autres médecins. En premier lieu, l'état pathologique antérieur de la demanderesse – affectant notamment son bras droit et subsistant en octobre 2005 – a été confirmé par son propre médecin traitant (PL 21 demande, D. 24). L'intéressée a d'ailleurs elle-même admis avoir toujours souffert de douleurs aux bras, d'une ampleur telle qu'elle a dû cesser sa profession de toiletteuse pour animaux (D. 22). Selon ses propos tenus devant l'expert, qui correspondent aux constats du Docteur G., ces douleurs étaient toujours présentes à la période de son accident (expertise, p. 3). En second lieu, il ressort du dossier que la demanderesse exerce effectivement, depuis le début des années 2000, la profession d'éleveuse de chevaux et tient sa propre écurie, qui accueille plusieurs bêtes. Elle monte elle-même ses chevaux – assumant donc leur préparation, pose de selle, nettoyage, etc. –, donne des leçons et, durant le week-end, s'occupe également de les nourrir et de nettoyer leurs boxes (D. 22, expertise p. 3). Or il n'est à cet égard pas nécessaire d'avoir des connaissances approfondies dans le domaine de l'équitation pour concevoir que de telles activités peuvent solliciter particulièrement les bras et entraîner, au fil du temps, une certaine usure des articulations; des signes de surcharge ont d'ailleurs également été mis en évidence sur son coude gauche. En troisième lieu, il convient de relever que le fait que la demanderesse ait attendu près de 17 jours avant de consulter un médecin n'est, même pour un profane en médecine, pas anodin pour se faire une idée de l'intensité des souffrances ressenties après l'accident. Si l'on peut à la rigueur admettre que des douleurs articulaires n'apparaissent pas immédiatement, du moins tant que le membre est "chaud", on peine en revanche à concevoir qu'une personne victime d'une lésion traumatique majeure générant une gêne importante, telle que celle décrite par la demanderesse, patiente plus de deux semaines avant d'entreprendre la moindre investigation médicale. Enfin, il faut certes apprécier avec une certaine réserve le rapport du Docteur K., puisqu'il a été mandaté spécifiquement par la défenderesse et n'a pas eu accès aux radiographies et IRM au moment de son examen; il n'en demeure pas moins que ce médecin relève certains éléments objectifs allant dans le sens de l'expertise judiciaire. Il note par exemple également la présence d'un état pathologique antérieur majeur chez la demanderesse, le développement secondaire et progressif de ses

plaintes, ainsi que l'absence de constatation, au moment de l'intervention chirurgicale, de l'arrachement du fragment osseux de l'épicondyle décrit par la radiologue (PL 13 demande, p. 7).

Quant aux critiques de la demanderesse sur l'impartialité du Docteur S., elles ont déjà été écartées par la décision incidente du 22 septembre 2010, désormais en force (D. 71). Contrairement à ce qu'elle soutient dans ses conclusions en cause (p. 4, 11), il ressort clairement de cette décision que sa requête de récusation a été rejetée parce qu'elle était mal fondée, et non seulement pour cause de tardiveté, question d'ailleurs laissée en suspens (décision, p. 4). Pour le surplus, les motifs du rejet y sont exposés en détails et il n'est pas nécessaire d'y revenir dans le cadre du présent jugement. A toutes fins utiles, on rappellera simplement que le Docteur S. n'est pas médecin-conseil de la défenderesse, n'entretient pas de lien de subordination ou privilégié avec cette dernière et que son rapport, qui ne donne aucune apparence de prévention, est pleinement probant au sens où l'entend la jurisprudence.

6.2. Que les médecins consultés par la demanderesse, soit les Docteurs B., L. et M., ne partagent pas le point de vue de l'expert ne suffit pas à battre en brèche la valeur probante de ses conclusions. A cet égard, il convient en effet de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, une expertise judiciaire ne peut être remise en cause par l'avis de médecins mandatés par une partie que s'il fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés par l'expert et qui sont suffisamment pertinents pour faire douter du bien-fondé des constats de ce dernier.

Tel n'est manifestement pas le cas en espèce. Outre le fait que les appréciations de ces trois médecins doivent être relativisées puisqu'elles n'ont été recueillies que par une seule partie, on relèvera ce qui suit:

Le Docteur B. a examiné la demanderesse le 22 février 2006 et attesté de son incapacité de travail jusqu'au 9 mai suivant (PL 4, 7 demande). Son intervention a donné lieu à deux rapports médicaux succincts adressés à la défenderesse les 13 avril et 30 mai 2006, qui mentionnent un arrachement osseux du versant huméral du coude droit et une déchirure partielle du tendon commun extérieur, mais n'en indiquent pas les causes (PL 3, 8 demande). Son constat ne fait cependant que répéter, sans autre précision, les termes du bref procès-verbal de l'IRM pratiquée le 24 février 2006 (PL 5 demande) et n'a pas été repris par ses confrères M. et S., qui parlent respectivement d'épicondylalgie et d'épicondylite. Son courrier du 17 juillet 2007, extrêmement sommaire, n'évoque ni l'anamnèse de la patiente ni les diverses zones d'ombre de son cas, relevées par d'autres praticiens (PL 23 demande). Enfin, son avis se fonde sur un déroulement erroné des faits

prétendument à l'origine des lésions de la demanderesse. Le Docteur B. indique en effet qu'au moment de l'exercice de voltige, sa patiente se trouvait sur son cheval et a été déséquilibrée par un écart de celui-ci, alors que l'intéressée a elle-même déclaré que son entorse du coude est survenue lorsqu'elle marchait à côté de l'animal en se tenant à son harnais (demande [ad. 3], D. 22). La violence et les conséquences potentielles d'une chute de cheval pouvant être sensiblement différentes de celles liées à un choc survenu à terre lors d'une accélération d'un animal tenu à la main, l'opinion de ce praticien ne saurait être déterminante pour établir le lien de causalité entre ledit accident et l'atteinte au coude persistant au-delà du 30 avril 2006. A la fois incomplète et imprécise, son appréciation ne peut dès lors remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

Il en va de même des constats de la radiologue L., qui n'ont donné lieu qu'à l'établissement d'un rapport purement descriptif de l'IRM et de surcroît relativement vague, puisqu'il n'évoque qu'un aspect du membre "compatible avec" un arrachement osseux ou encore un "signe" de rupture partielle du tendon (PL 5 demande). Pour le reste, on ignore tout des circonstances de cette visite médicale et, notamment, si la Doctoresse L. a eu connaissance du dossier médical de la demanderesse. En tous les cas, contrairement à ce que soutient cette dernière dans ses conclusions en cause (p. 8, 9), ce médecin ne se prononce nullement sur le lien de causalité litigieux, qu'elle n'évoque même pas. Des observations si sommairement motivées ne sauraient ainsi d'aucune manière remettre en question les conclusions circonstanciées du Docteur S..

Enfin, le Docteur M. a diagnostiqué une épicondylalgie chronique du coude droit et opéré l'intéressée le 6 septembre 2006, prolongeant son incapacité de travail jusqu'au 29 octobre suivant (PL 9 à 12, 22, 26a à c demande). Il a adressé à l'assurance un rapport médical intermédiaire le 14 août 2006, dans lequel il exclut que des circonstances sans rapport avec l'accident aient pu jouer un rôle dans l'évolution du cas de la demanderesse (PL 10 demande). Interpelé par le mandataire de cette dernière, il a expliqué, par courrier du 8 janvier 2007, qu'il n'avait pas spécialement recherché de fragment osseux lors de son opération, jugeant cet acte inutile (PL 22 demande). Dans un courrier du 7 mai 2010, il conteste le contenu de l'expertise judiciaire, concluant pour sa part à l'existence du lien de causalité litigieux (D. 56). On relèvera cependant que son constat repose également sur des inexactitudes de taille. Non seulement, à l'instar du Docteur B., il part d'une description erronée des circonstances de l'accident en évoquant une chute de poney, mais il évoque en plus un coude "complètement asymptotique" auparavant. Or cette affirmation est manifestement fautive et contraire aux déclarations de la demanderesse elle-même (D. 22). Entaché de telles imprécisions, son avis ne permet pas davantage de remettre en cause la valeur probante du rapport de l'expert.

7. Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'expertise judiciaire doit seule être retenue pour trancher le présent litige. Selon le Docteur S., le délai d'atteinte du *statu quo ante/sine* après l'entorse dont a été victime la demanderesse le 5 février 2006 n'a pas dépassé deux mois. Au-delà de cette période, l'évolution du membre touché est à imputer à son épicondylite, qui a fait l'objet de l'intervention chirurgicale du 6 septembre 2006. Les incapacités de travail de la demanderesse postérieures à la limite du *statu quo ante/sine* ont dès lors pour origine la pathologie de surcharge épicondylienne chronique, et non pas l'accident du 5 février 2006, qui ne se trouvait plus en lien de causalité naturelle avec celles-ci (expertise, p. 19).

La défenderesse était en conséquence fondée à cesser le versement de ses indemnités journalières à compter du 1^{er} mai 2006 et les prétentions de la demanderesse doivent être rejetées dans leur intégralité.

8. Vu l'issue de la cause, la demanderesse, qui succombe, en supportera les frais, arrêtés à 5'863.05 francs et avancés par ses soins à hauteur de 4'631.00 francs et par la défenderesse à hauteur de 3'000.00 francs. Elle sera au surplus condamnée à verser à la partie adverse une indemnité de dépens s'élevant à 3'000 francs.

Vu les articles 1 ss LCA, 404 CPC, 152 ss, 268 ss et 296 ss CPCN, 49 ss de l'arrêté temporaire fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative,

PAR CES MOTIFS :

1. Rejette la demande déposée par C. D. le 6 juin 2008.
2. Arrête les frais à 5'863.05 francs, avancés par la demanderesse à hauteur de 4'631.00 francs et par la défenderesse à hauteur de 3'000.00 francs, et les met à la charge de C. D..
3. Condamne C. D. à verser à la société B. SA une indemnité de dépens de 3'000 francs.

Neuchâtel, le 24 avril 2012

Le greffier

Le juge

Dans les affaires patrimoniales où la valeur litigieuse au dernier état des conclusions est de CHF 10'000.00 au moins (art. 308 al. 2 et 314 al. 1 CPC), un appel, écrit et motivé, peut être introduit auprès du greffe du Tribunal cantonal, rue du Pommier 1, 2001

Neuchâtel, dans les **30 jours** à compter de la notification de la présente décision ; la décision attaquée doit être jointe à l'appel (art. 311 CPC).

Dans les autres affaires, un recours, écrit et motivé, peut être introduit auprès du greffe du Tribunal cantonal, rue du Pommier 1, 2001 Neuchâtel, dans les **30 jours** à compter de la notification de la présente décision; la décision attaquée doit être jointe au recours (art. 321 CPC).

Expédition le :

- dossier
- Me M., avocat,
- Me C., avocate