

VD_FINDINFO HC / 2018 / 1119 vom 10. Dezember 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2018___1119

FR: VD_FINDINFO HC / 2018 / 1119 du 10 décembre 2018

IT: VD_FINDINFO HC / 2018 / 1119 del 10 dicembre 2018

Regeste

CONTRAT D'ASSURANCE, FARDEAU DE LA PREUVE, RAPPORT MÉDICAL, ACCIDENT, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, LIEN DE CAUSALITÉ, PRÉDISPOSITION | 4 CC, 8 CC, 42 CO, 73 LCA, 55 CPC (CH)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 309 CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), l'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), au sens de l'art. 236 CPC, dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel doit être introduit auprès de l'instance d'appel, soit auprès de la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal (art. 84 al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]), dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

E. 1.2

En l'espèce, formé en temps utile, compte tenu des fêtes de l'art. 145 al. 1 let. a CPC, par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), dirigé contre une décision finale de première instance dans une affaire non visée par l'art. 309 CPC et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable.

E. 2

L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JdT 2011 III 43 consid. 2 et les réf. citées).

E. 3.1

En droit des assurances privées, la LCA (loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ; RS 221.229.1) distingue l'assurance contre les dommages (art. 48 à 72) de l'assurance de personnes (art. 73 à 96). Par rapport à l'assurance contre les dommages, l'assurance de personnes, conçue comme une assurance de sommes, se caractérise par sa nature non indemnitaire ; elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit (cf. ATF 133 III 527 consid. 3.2.4). Cependant, même dans le cas d'une assurance qui a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat

d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur, dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat, qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires. En revanche, l'assurance sera qualifiée d'assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat font de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF 119 II 361 consid. 4).

E. 3.2

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. Une exception à ce principe peut toutefois être justifiée par un « état de nécessité en matière de preuve » (« Beweisnot »), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut pas être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et les réf. citées). Tel peut être le cas de l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante, qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les réf. citées).

E. 3.3

L'art. 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) prévoit, pour toutes les prétentions relevant du droit fédéral, que chaque partie doit, en l'absence d'une présomption légale, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Ainsi, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit – soit à l'assuré dans le cas présent – d'alléguer et de prouver notamment la réalisation du risque assuré et l'étendue de la prétention (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3), laquelle ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. Au stade de la contre-preuve, l'assureur peut donc faire échec à cette preuve en éveillant des doutes sérieux à l'encontre de l'allégation (ATF 130 III 321 consid. 3.5). Le juge doit procéder à une appréciation de l'ensemble des éléments qui lui ont été apportés pour dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

E. 3.4

En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut pas trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que celui-ci traite les points litigieux de façon exhaustive, se fonde sur des examens complets, prenne en compte les plaintes exprimées, soit établi en

pleine connaissance de l'anamnèse, présente et apprécie clairement la situation médicale et livre des conclusions dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 4A_505/2012 du 6 décembre 2012 consid. 3.6). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 4.1

Il ressort de l'art. 1 des conditions particulières de l'assurance [...], conclue par l'appelante, que cette assurance couvre les conséquences économiques de l'invalidité ou du décès par suite d'accident. L'art. 6 let. a CPA prévoit que si l'accident entraîne une invalidité permanente probable, le capital d'invalidité est versé. Celui-ci est déterminé par le degré d'invalidité, la somme d'assurance convenue et l'échelle fixée à l'annexe A des CPA. L'art. 6 let. b prévoit notamment les degrés d'invalidité fixes (ch. 1), ainsi que la réduction proportionnelle du degré d'invalidité en cas de perte ou de privation partielle de l'usage de membres ou d'organes (ch. 2). En l'espèce, l'assurance conclue par l'appelante est une assurance de personnes, conçue comme une assurance de sommes, se caractérisant par sa nature non indemnitaire. En effet, elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi, dès lors que ce versement intervient en cas d'invalidité permanente probable.

E. 4.2

Après avoir retenu que la chute de l'appelante constituait un accident et que l'invalidité de celle-ci devait être admise – ce qui n'était pas contesté en l'espèce –, les premiers juges ont considéré que seule demeurerait litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident et l'invalidité de la demanderesse. A cet égard, ils se sont limités à retenir qu'il n'était en l'espèce pas contesté que, dans la chronologie des événements ayant suivi sa chute en date du 13 décembre 2008, la demanderesse avait souffert de vives douleurs ainsi que de restrictions dans la mobilité de son épaule droite. De l'avis de l'appelante, qui invoque la violation de l'art. 55 CPC, les premiers juges ont ainsi tenu la causalité naturelle pour établie, bien que l'assurance de sommes, de nature forfaitaire et non liée à un dommage, entraînerait le seul examen de la causalité adéquate. L'appelante considère que, s'agissant de la causalité adéquate au regard des facteurs intrinsèques préexistants, l'assureur aurait échoué à prouver un fait qu'il n'avait même pas allégué, à savoir l'existence d'une clause spécifique au contrat prévoyant la prise en compte desdits facteurs concomitants. L'intimée considère quant à elle que le jugement ne tiendrait pas la causalité naturelle pour établie, puisqu'il retiendrait que l'invalidité de l'intéressée n'était pas due, même partiellement, à l'accident du 13 décembre 2008, les lésions entraînées des suites de sa chute ayant disparu dans les dix mois suivant l'accident. Se référant à l'avis exprimé par le Dr S. _____ dans son rapport du 2 juillet 2014, à celui du Dr X. _____ dans son rapport du 25 juin 2014, à

l'expertise du Dr M. _____ – organisée d'un commun accord avec l'appelante et son conseil –, ainsi qu'à l'expertise judiciaire du 13 septembre 2016, l'intimée soutient qu'elle aurait bien apporté la preuve que les troubles de l'épaule droite au-delà du délai de dix mois n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident intervenu au mois de décembre 2008.

E. 4.3.1

En vertu des principes généraux du droit, il suffit, pour qu'il y ait causalité naturelle (ou relation de cause à effet), que l'événement soit un chaînon nécessaire dans les circonstances ayant entraîné la lésion corporelle, sans lequel elle ne serait pas survenue ou ne se serait pas produite de la même manière. Il n'est pas nécessaire 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 (ATF 132 III 122 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 128 III 174 consid. 2b ; ATF 128 III 180 consid. 2d et les arrêts cités).

E. 4.3.2

Lorsque la causalité naturelle est retenue, il faut encore se demander si le rapport de causalité peut être qualifié d'adéquat, c'est-à-dire si le comportement ou l'événement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. Cette question doit être examinée de cas en cas par le juge selon les règles du droit et de l'équité, conformément à l'art. 4 CC (ATF 131 IV 145 consid. 5.1 ; ATF 123 III 110 consid. 3a ; ATF 119 Ib 334 consid. 5b). La causalité adéquate peut être exclue, c'est-à-dire interrompue, l'enchaînement des faits perdant alors sa portée juridique, lorsqu'une autre cause concomitante – la force majeure, la faute ou le fait d'un tiers ou encore de la victime – constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle ou apparaît si extraordinaire que l'on ne pouvait pas s'y attendre. L'imprévisibilité d'un acte concurrent ne suffit pas en soi à interrompre le rapport de causalité adéquate ; il faut encore que cet acte ait une importance telle qu'il s'impose comme la cause la plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener (ATF 130 III 182 ; 122 IV 17 consid. 2c/bb et les arrêts cités ; TF 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 4.1). En règle générale, des causes concomitantes du dommage, comme une prédisposition constitutionnelle du lésé – qui consiste dans un état pathologique antérieur à l'accident augmentant le dommage de manière fortuite –, ne sauraient interrompre le lien de causalité adéquate (ATF 113 II 86 consid. 1b et les réf. citées ; ATF 80 II 348 ; ATF 66 II 165 consid. 4c).

E. 4.3.3

Selon les circonstances, un état maladif antérieur peut en revanche être pris en considération dans le cadre des art. 42 à 44 CO (Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220), relatifs à la détermination du dommage et à la fixation du montant de l'indemnité. Si une simple faiblesse constitutionnelle n'entre pas en considération comme facteur de réduction, de véritables anomalies ou des affections préexistantes aiguës ou latentes peuvent réduire les prétentions du lésé ; en tant que prédispositions constitutionnelles, elles constituent en effet un fait concomitant qui peut influencer sur le calcul du dommage (art. 42 CO) ou sur le montant des dommages-intérêts (art. 43 et 44 CO), qu'il s'agisse d'une cause concomitante

du dommage ou d'un facteur aggravant les suites de l'accident (ATF 131 III 12 consid. 4 ; ATF 113 II 86 ; cf. ATF 80 II 348 ; ATF 66 II 165 consid. 4c). Parmi les cas de prédisposition constitutionnelle, la jurisprudence distingue, d'une part, ceux où, du fait de l'état maladif antérieur, le dommage se serait certainement ou très vraisemblablement réalisé même sans l'accident et, d'autre part, ceux où le dommage ne serait, selon toute probabilité, pas survenu sans l'accident (ATF 131 III 12 consid. 4 ; ATF 113 II 86 consid. 3b). Dans la première hypothèse, il faut tenir compte, dans le calcul du dommage selon l'art. 42 CO, des conséquences patrimoniales d'une atteinte à la santé préexistante qui se serait également produite sans l'événement dommageable ; en effet, seul le dommage qui résulte directement de cet événement peut être imputé au responsable, tandis que la part du préjudice liée à l'état préexistant doit être exclue du calcul du dommage réparable (ATF 131 III 12 consid. 4 ; ATF 113 II 86 consid. 3b ; cf. aussi ATF 102 II 33 consid. 3c et les arrêts cités). Dans la seconde hypothèse, le responsable sur le plan civil doit se voir imputer l'entier du préjudice, même si la prédisposition malade en a favorisé la survenance ou augmenté l'ampleur. Toutefois, une réduction de l'indemnité sur la base de l'art. 44 CO pourra alors entrer en considération (ATF 131 III 12 consid. 4 et les réf. citées ; ATF 113 II 86 consid. 3b ; TF 4C.402/2006 du 27 février 2007 consid. 5.1, traduit au JdT 2007 I 543). La distinction présente une importance pratique en matière de droit préférentiel du lésé, qui tend à prémunir celui-ci contre les suites défavorables d'un dommage non couvert (ATF 131 III 12 consid. 4 et les arrêts cités). L'art. 44 al. 1 CO permet donc au juge de réduire les dommages-intérêts lorsqu'il apparaît inéquitable de mettre à la charge du responsable la réparation de la totalité du préjudice. Lorsque le dommage ne se serait selon toute probabilité pas produit sans l'accident, la prédisposition constitutionnelle ne suffit en principe pas à elle seule pour justifier une réduction des dommages-intérêts ; d'autres circonstances doivent intervenir, comme, par exemple, une disproportion manifeste entre la cause du dommage et l'importance de celui-ci (TF 4C.416/1999 du 22 février 2000 consid. 2c/aa, reproduit in Pra 2000 n° 154 p. 920 ; TF 4C.75/2004 du 16 novembre 2004 consid. 4).

E. 4.4.1

Les premiers juges ont retenu, en se fondant sur l'expertise judiciaire du Dr G. _____ – considérée comme ne contenant pas de contradictions et comme appuyée par les observations des Drs X. _____ et S. _____ –, qu'il était établi que l'invalidité de l'appelante n'était pas due, même partiellement, à l'accident du 13 décembre 2008. Selon les premiers juges, il est indéniable et établi que la chute de la demanderesse lui a causé des lésions et des douleurs ; celles-ci ont toutefois été guéries, puisqu'elles ont disparu dans les dix mois après l'accident, et l'invalidité présentée par l'appelante n'est pas due à sa chute du 13 décembre 2008. Les premiers juges ont ainsi nié l'existence d'une causalité naturelle, en considérant, au terme de leur appréciation des différents avis médicaux au dossier – singulièrement de l'expertise judiciaire du Dr G. _____ –, que l'intimée avait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que même sans l'accident litigieux, l'épaule de la demanderesse aurait connu la même évolution. Dès lors que les premiers juges ont exclu la causalité naturelle, ils n'avaient plus à examiner la cause sous l'angle de la causalité adéquate, même s'agissant d'une assurance de sommes, ni sous l'angle de la prise en considération de l'état maladif antérieur dans le cadre des art. 42 à 44 CO, voire, in casu, de l'art. 9 CPA, qui prévoit aussi que si les atteintes à la santé ne sont dues que partiellement à un accident assuré, les prestations sont fixées de manière proportionnelle sur la base d'une expertise médicale. Il est relevé que, dans le cas contraire, il aurait incombé à l'assureur de

prouver, au moins sous la forme d'une vraisemblance prépondérante, les faits permettant de renoncer à l'application de cette disposition contenant un moyen – partiellement – libératoire.

E. 4.4.2

L'appelante émet des critiques à l'endroit de l'expertise du 13 septembre 2016, en particulier compte tenu des développements de l'expert sur la prise en charge des coûts des traitements médicaux sous l'angle de la LAA (loi sur l'assurance accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) et de la LaMal (loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), alors que le litige relève de la LCA. Lesdits développements de l'expert sur la prise en charge des coûts des traitements médicaux n'avaient pas lieu d'être en l'espèce, puisque le litige relève exclusivement de la LCA. Toutefois, cet élément – sur lequel les premiers juges ne se sont au demeurant pas appuyés et qui a du reste été relevé dans l'une des questions soumises à l'expert dans le cadre de l'expertise complémentaire – n'a aucune portée et n'est pas décisif, de sorte qu'il ne suffit pas à remettre en cause les développements de l'expert en matière médicale.

E. 4.4.3

L'appelante s'en prend également à l'expertise complémentaire du 31 janvier 2017, dans laquelle l'expert se serait montré extrêmement nuancé, en répondant notamment ce qui suit à la question de savoir « si une décompensation de l'épaule droite aurait eu lieu sans la chute accidentelle, avec quelle probabilité (en pourcentage) et quand » : « Cette question est extrêmement délicate. [...] on peut quand même penser que l'épaule aurait posé des problèmes de limitation fonctionnelle et de douleurs à moyen terme, avec ou sans accident. Il est quasiment impossible d'établir, à ce niveau-là, une probabilité et une chronologie ». Or il convient de mettre cette réponse nuancée en relation avec l'élément décisif dans le cas présent – sur lequel l'expert n'est pas revenu dans le cadre de cette réponse –, à savoir que celui-ci avait clairement déclaré ce qui suit dans l'expertise du 13 septembre 2016 : « On peut donc ainsi considérer que son épaule droite présente un Status quo sine à environ 10 mois du traumatisme ». Cet élément a du reste également été relevé, quant à son principe, dans le rapport du 19 avril 2013 du Dr M. _____, lequel retient une durée d'au plus tard quatre mois pour le status quo sine. Partant, la critique de l'appelante à cet égard ne permet pas non plus de s'écarter de l'expertise judiciaire.

E. 4.4.4

L'appelante considère encore que les atteintes dégénératives préexistantes seraient celles arthrosiques et non les ruptures totales ou partielles des muscles, qui seraient clairement post-traumatiques. Estimant ce fait comme a priori notoire, l'appelante renvoie subsidiairement à la pièce 50 produite en première instance, soit à l'extrait d'une expertise anonymisée du Dr Q. _____. A l'appui de son moyen, l'appelante se prévaut du passage suivant, figurant au « rappel anamnestique » du rapport de l'expert G. _____ du 13 septembre 2016 : « Un [sic] IRM est effectuée le 6.3.2009 (Dr [...], hôpital [...]) qui montre une arthrose acromio-claviculaire avec acromion de type III, une déchirure complète du sus-épineux avec atrophie musculaire Goutailler II, une lésion partielle du sous-épineux sans anomalie du long chef du biceps, du sous-scapulaire ou du labrum ». L'appelante s'appuie également sur l'extrait suivant du rapport d'expertise complémentaire du Dr G. _____ du 31 janvier 2017 : « On peut quand même toutefois signaler qu'une patiente présentant une arthrose acromio-claviculaire, une lésion importante de la coiffe et une

épaule enflammée, va développer dans la deuxième moitié de sa vie une épaule douloureuse lors des mouvements au-delà de 90° et des limitations fonctionnelles ». L'appelante se réfère encore aux déclarations du radiologue C._____, entendu comme témoin le 23 juin 2016, lequel a notamment déclaré : « Je précise que la lésion dont il est question [...] est une déchirure de la coiffe des rotateurs. Les termes « possiblement d'origine post-traumatique » signifient que je n'ai pas d'argument pour constater que la lésion serait consécutive à une arthrose dégénérative ». Enfin, l'appelante se prévaut de la déclaration de son médecin-traitant, le Dr H._____, qui a notamment déclaré, alors qu'il était entendu comme témoin le 23 juin 2016 : « Je précise que la demanderesse a ces problèmes avec les gestes de la vie quotidienne depuis sa chute du 13 décembre 2008. Depuis cette date, la demanderesse connaît des problèmes avec son épaule droite, lesquels créent des problèmes dans la vie quotidienne et professionnelle. Il y a eu des variations en intensité de ses douleurs, mais la demanderesse n'a jamais été libre de douleurs et de handicap depuis cette date-là ». Ces éléments ne permettent pas de retenir, comme le fait l'appelante, qu'il ne serait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'invalidité aurait été inévitable dans tous les cas et même sans l'accident, en raison du fait qu'elle souffrait simultanément d'une arthrose et d'une rupture de la coiffe des rotateurs, rupture même totale sur un des segments de son épaule. En effet, contrairement à ce que l'appelante soutient, il n'est pas établi, au vu de l'ensemble des avis médicaux et au degré de la vraisemblance prépondérante, que les ruptures totales ou partielles des muscles seraient clairement post-traumatiques, ce fait ne pouvant pas être considéré comme notoire (cf. à ce sujet Colombini, Code de procédure civile, Condensé de la jurisprudence fédérale et vaudoise, 2018, n. 2 ss ad art. 151 CPC et la jurisprudence citée). Au surplus, il ne suffit pas de renvoyer à cet égard, de manière générale et sous l'angle de la motivation de l'appel, à un « rapport anonymisé sur la coiffe des rotateurs » du Dr Q._____ (Colombini, op. cit., n. 8.2.2. ad art. 311 CPC et la jurisprudence citée) qui n'a, quoi qu'il en soit, pas de force probante suffisante dès lors qu'il ne concerne pas le cas présent et dont on ne voit pas en quoi il corroborerait la thèse de l'appelante. S'agissant des deux extraits cités des rapports du Dr G._____, ils ne permettent pas non plus d'inférer que les ruptures totales ou partielles des muscles seraient clairement post-traumatiques, ce d'autant qu'ils confirment les avis du Dr X._____. En ce qui concerne l'avis du radiologue C._____, outre le fait qu'il évoque que la déchirure de la coiffe des rotateurs est « possiblement d'origine post-traumatique », le jugement entrepris précise qu'il avait déclaré avoir utilisé la tournure précitée par « timidité déontologique », de sorte qu'à considérer cet avis, un doute subsiste sur la cause de cette déchirure. Il en est de même de l'avis du Dr H._____, médecin-traitant de l'appelante, l'extrait cité dans ce contexte étant d'ordre général et ne corroborant pas l'indication de ce même médecin dans son rapport du 9 février 2010 – non contesté –, selon laquelle l'épaule droite a été traitée par infiltrations en 2004 et l'épaule gauche en 2008. Le Dr H._____ a par ailleurs ajouté qu' « alors qu'elle souffrait de manière fluctuante de ces deux épaules depuis 3-4 ans, la patiente a fait une chute directe sur son épaule D [réd. droite] le 13-12-08 avec une acutisation des omalgies D accompagnées d'une impotence fonctionnelle ». Ce n'est que dans son courrier du 27 novembre 2013 que le Dr H._____ déclare, en contradiction avec son rapport précité du 9 février 2010, que l'appelante n'avait jamais souffert de douleurs ni de limitation fonctionnelle de son épaule droite avant sa chute et qu'elle n'avait jamais été examinée ou traitée pour un quelconque problème de cette épaule. L'avis du Dr H._____ est aussi en contradiction avec l'indication – également non contestée – faite par le Dr X._____

dans un rapport médical du 4 février 2010, selon laquelle l'appelante souffrait de manière fluctuante de ses deux épaules depuis trois à quatre ans. Dans un courrier du 25 juin 2014, le Dr X. _____ a, du reste, notamment confirmé qu'il n'avait jamais considéré les lésions constatées chez l'appelante comme relevant d'un accident, celui mentionné par la patiente ayant tout au plus décompensé une situation évoluant depuis de nombreuses années. Le Dr X. _____ a en outre relevé que c'était la patiente elle-même qui, lors du premier examen du 8 avril 2009, avait reconnu souffrir depuis deux à trois ans au moins de douleurs dans ses deux épaules prédominantes à droite, ayant déjà nécessité plusieurs infiltrations (cinq en tout), la dernière ayant été effectuée par le Dr S. _____. Par conséquent, l'appréciation des différents avis médicaux figurant au dossier ne permet pas de retenir que la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, voire une invalidité – complète – de l'épaule droite seraient consécutives à l'accident du 13 décembre 2008. Dans la mesure où la solution retenue par les premiers juges est confirmée, le grief de la violation de l'art. 55 CPC soulevé par l'appelante tombe à faux.

E. 5.1

Dans sa conclusion « très subsidiaire seulement », l'appelante requiert le renvoi de la cause aux premiers juges pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle soutient à cet égard que le jugement aurait dû lui octroyer au minimum une partie de l'indemnité litigieuse pour tenir compte de facteurs multiples, à savoir, d'une part, une arthrose dont l'évolution était difficile à prévoir, surtout chez une personne déjà à l'AI et qui ne sollicitait plus guère son articulation, et, d'autre part, des déchirures diverses de la coiffe des rotateurs purement post-traumatiques.

E. 5.2

Vu la nature réformatoire de l'appel, l'appelant doit en principe prendre des conclusions sur le fond. Ses conclusions doivent être suffisamment précises pour qu'en cas d'admission de l'appel, elles puissent être reprises telles quelles dans le dispositif (Colombini, op. cit., n. 9.1.1. ad art. 311 CPC et la jurisprudence citée). L'appelant ne saurait – sous peine d'irrecevabilité – se limiter à conclure à l'annulation de la décision attaquée, l'appel ordinaire ayant un effet réformatoire, et doit au contraire prendre des conclusions au fond permettant à l'instance d'appel de statuer à nouveau. Il n'est fait exception à la règle de l'irrecevabilité des conclusions en annulation que si l'autorité, en cas d'admission, ne serait de toute manière pas en mesure de statuer elle-même sur le fond, en particulier faute d'un état de fait suffisant, et ne pourrait que renvoyer la cause à l'autorité inférieure (Colombini, op. cit., n. 9.2.1. ad art. 311 CPC et la jurisprudence citée). L'appel doit contenir des conclusions chiffrées ; exceptionnellement, il doit être entré en matière sur les conclusions formellement déficientes lorsqu'on comprend à la lecture ce que demande l'appelant, respectivement à quel montant il prétend (Colombini, op. cit., n. 9.3.1. ad art. 311 CPC et la jurisprudence citée).

E. 5.3

L'appelante n'avait pas pris de conclusions subsidiaires en première instance. En appel, elle ne chiffre nullement sa conclusion subsidiaire et n'expose pas en quoi l'annulation du jugement s'imposerait au regard de ces conclusions. L'expert G. _____ avait considéré, dans son rapport complémentaire, que pour une limitation fonctionnelle partielle, on pouvait, par analogie, retenir le taux de 25 %. Ce taux est toutefois contesté en appel, l'appelante – qui se réfère au Dr H. _____, lequel a estimé l'impotence de son bras droit à

80 %, et aux pièces médicales au dossier, qui seraient claires sur l'ampleur des atteintes – se limitant à soutenir que le taux articulé par le Dr G. _____ ne serait pas argumenté. Aussi, la question de la recevabilité de la conclusion subsidiaire en annulation se pose en l'espèce, dès lors que l'on ne voit pas qu'une conclusion subsidiaire en réforme n'aurait pas pu être formulée – puisque l'appelante considère à tout le moins que les pièces au dossier seraient claires sur l'ampleur des atteintes –, mais que l'on ne comprend pas, à la lecture de la motivation, à quel montant elle prétend subsidiairement. Quoi qu'il en soit, la question de la recevabilité de la conclusion subsidiaire peut demeurer indéterminée, dès lors qu'au regard de l'expertise judiciaire du Dr G. _____, corroborée par les avis médicaux du Dr X. _____, le rapport de causalité naturelle entre la chute et l'invalidité fait de toute manière défaut, le Dr G. _____ précisant en outre que l'épaule droite de l'appelante présentait un status quo sine à environ dix mois du traumatisme. Aussi, même à supposer recevable, la conclusion subsidiaire de l'appelante aurait dû être rejetée, dès lors qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une invalidité partielle permanente de l'épaule droite serait consécutive à la chute du 13 décembre 2008.

E. 6.1

En définitive, l'appel doit être rejeté – dans la mesure où il est recevable (cf. consid. 5 supra) – et le jugement confirmé.

E. 6.2

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 2'300 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'appelante, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Cette dernière bénéficiant de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires seront provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

E. 6.3

Bien que l'intimée obtienne gain de cause, elle n'a pas recouru aux services d'un mandataire professionnel, mais ce sont ses employées, juristes, qui ont déposé la réponse. Les conditions de l'art. 95 al. 3 let. c CPC ne sont dès lors pas réalisées et il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens.

E. 6.4

Dans sa liste des opérations du 5 novembre 2018, le conseil de l'appelante a fait état d'un montant d'honoraires de 1'895 fr. 95, correspondant à dix heures et trente-deux minutes au tarif horaire de 180 francs. Vu la nature du litige et les difficultés de la cause, ce décompte peut être admis. Au montant de 1'895 fr. 95 s'ajoutent les débours par 50 fr. et la TVA sur le tout par 149 fr. 85, pour un total de 2'095 fr. 80. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.