

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 20 décembre 2000,
P. c. Winterthur Assurances, Winterthur

Faits: Z. P., née le 16 octobre 1950, a travaillé à partir de 1991 comme auxiliaire pour "Les B. g. L. SA", à Y.-les-B.

A dater du 19 septembre 1995, elle a oeuvré comme employée d'exploitation. Elle était couverte à ce titre par la Winterthur pour la perte de gain, dans le cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, police n° .. .

Z. P. souffre de douleurs lombaires de manière régulière depuis une dizaine d'années. Les 30 et 31 décembre 1997, elle s'est trouvée en incapacité de travail totale, en raison de ses problèmes de dos. Par la suite, elle a présenté une incapacité de 50 % du 1er au 13 janvier 1998, une incapacité totale les 15, 20, 22, 27 et 29 janvier, 3, 5, 10, 19, 24 et 26 février, du 10 au 15 mars, du 31 mars au 19 mai et une incapacité de 50 % du 21 mai au 8 juin 1998.

La Winterthur a soumis Z. P. à une expertise auprès du Dr K. le 4 juin 1998, dont rapport du 10 juin, procédé à une visite sur place auprès de l'employeur le 24 juin 1998, dont rapport de l'inspecteur Pf. du 1er juillet, et requis un complément d'expertise du Dr K., dont rapport du 27 juillet.

Le 11 août 1998, la Winterthur a fait savoir au Dr H. qu'elle considérait que Z. P. pouvait reprendre son activité professionnelle à 50 % et que, sans autre précision médicale de sa part, elle ne lui reconnaîtrait plus qu'une incapacité de 50 % à partir du 6 juillet 1998, selon les conclusions de l'expertise.

Z. P. a été licenciée pour le 31 octobre 1998. Du 9 septembre au 2 octobre 1998, elle a été hospitalisée dans le service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, dont rapport de sortie du Dr D. du 9 octobre 1998.

Le 8 décembre 1998, Z. P. a fait parvenir un certificat de la Dresse F., FMH psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une incapacité de travail totale pour tout le mois de décembre. Le certificat d'incapacité a été renouvelé de mois en mois.

La Winterthur a soumis l'assurée à une expertise psychiatrique auprès du Dr Po., FMH psychiatrie et psychothérapie, le 20 mars 1999, dont rapport d'expertise du 30 mars.

Le 30 avril 1999, la Winterthur a fait savoir à Z. P. qu'au vu de l'expertise psychiatrique et de l'appréciation du dossier par son médecin-conseil - selon lequel elle ne présentait plus aucune incapacité de travail du point de vue somatique - elle mettait fin au versement des indemnités journalières au 31 mars 1999.

Les 4 et 6 mai 1999, les Drs H. et F. ont fait part de leurs remarques et de leur désaccord au Dr V., médecin-conseil. Le 15 septembre 1999, le Dr H. a fait parvenir différentes précisions au représentant de l'assurée.

Z. P. a ouvert action contre la Winterthur par demande du 10 novembre 1999. Elle conclut, principalement à l'octroi des indemnités journalières pour toute la durée de son incapacité de travail dès le 31 mars 1999 et, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une expertise médicale. Elle fait valoir que l'expertise à laquelle elle a été soumise ne peut être qualifiée de neutre et qu'elle est toujours en incapacité de travail.

Dans sa réponse du 21 février 2000, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle considère que la demanderesse ne présente pas d'incapacité de travail au plan psychiatrique et qu'elle ne présente plus d'incapacité au plan somatique. En outre, à supposer même que la demanderesse présentât encore une certaine incapacité de travail au plan somatique, l'assurance ne serait pas tenue à prestations en raison de la violation par la demanderesse de l'obligation de réduire le dommage; souffrant depuis de nombreuses années de problèmes lombaires et présentant depuis une année et quatre mois, une incapacité de travail quasi constante, il lui appartenait de trouver un emploi adapté.

Le 17 septembre 2000, Z. P. a réitéré sa requête d'expertise neutre.

Motifs: En vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA). Dans le cadre des réquisits de l'article 47 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées, le Canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; F.A.O. 1996 p. 1956]).

La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurance-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt Soares Pereira c. La Suisse Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié au JT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la Me Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

Est litigieuse la question de savoir si la demanderesse peut prétendre au versement des indemnités journalières de l'assurance collective en cas de maladie au-delà du 31 mars 1999.

Suivant l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

Selon l'article B1, alinéas 1 et 2 des conditions générales de la défenderesse propre à l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie, lorsque, selon les constatations du médecin, l'assuré est totalement incapable de travailler, la "Winterthur" paie l'indemnité journalière mentionnée dans la police. En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité; elle est supprimée si l'incapacité de travail est inférieure à 25 %.

Il doit, à l'une de ces dispositions être déterminé si le risque maladie assuré perdurait au delà du 31 mars 1999, c'est-à-dire si une incapacité de travail pour cause de maladie subsistait après cette date.

La demanderesse conclut à titre préliminaire à la mise en oeuvre d'une expertise "neutre", notamment psychiatrique.

Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale, les cantons prévoient une procédure simple et rapide, en principe gratuite, et dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 et 3 LSA). Dans le cadre d'un tel contentieux, il y a dès lors lieu de s'inspirer des critères dégagés par la jurisprudence en matière d'assurances sociales à propos de l'instruction d'office et du droit à l'expertise (ATF 107 V 161 et 110 V 48; ATF 122 V 157 et 125 V 351). Il s'agit ainsi de savoir si le dossier est suffisamment complet pour permettre au Tribunal de statuer sur la prétention de la demanderesse à des indemnités journalières au-delà du 31 mars 1999.

A l'initiative de la Winterthur, la demanderesse a été soumise à deux expertises auprès de médecins indépendants de l'assurance; dans le cadre de ces démarches d'instruction, la possibilité de poser des questions complémentaires a été offerte à la demanderesse. Ses médecins traitants, à qui les rapports des experts ont été communiqués, se sont déterminés. La défenderesse a encore réuni d'autres avis médicaux. Aussi, le dossier apparaît-il complet pour que le Tribunal puisse statuer sur le fond.

En outre, dans le cadre d'une procédure simple et gratuite, régie par la maxime d'office, une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne saurait être accordée que lorsque la partie qui la requiert fournit des éléments très sérieux à même de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou contradictoire, en particulier s'il peut être sérieusement discuté quant au fond. Doit ainsi être considérée comme abusive la requête d'une seconde expertise pour le seul motif que le premier expert, désigné d'ailleurs sur présentation des parties et en général avec l'accord de celles-ci, a abouti à des conclusions opposées à celles que l'une ou l'autre des parties eussent souhaitées (TAss VD, Hermann F., du 6 février 1980, Jugement n° 64/79 inc. – 5/1980).

Sur ce point, la demanderesse n'avance aucun argument pertinent permettant de mettre en doute l'impartialité de l'expert psychiatre ou ses méthodes, ou étayant une insuffisance de son rapport ou des contradictions dans ses conclusions.

La requête d'expertise doit être rejetée.

La demanderesse est en incapacité de travail totale, attestée par la Dresse F., psychiatre et psychothérapeute FMH, depuis le 1er décembre 1998. La défenderesse a soumis la question de la capacité de travail de l'assurée à un expert indépendant, en la personne du Dr Po., psychiatre et psychothérapeute FMH.

Après avoir discuté le cas, le Dr Po., au terme de son expertise du 30 mars 1999, a posé le diagnostic de névrose d'angoisse avec des tendances phobiques et des somatisations y correspondantes (musculature de la nuque, lombalgies, tension artérielle, compensations orales et obésité consécutive). Personnalité démonstrative avec la revendication volontaire de prestations asséurologiques. A cause des raisons psychiatriques, il n'y a pas eu et il n'y a pas d'incapacité de travail. La détermination somatique reste ouverte, en particulier la discopathie lombosacrée. Les troubles psychiques ne sont pas déterminés par la discopathie en soi, la prépondérante partie des difficultés semblant être du point de vue psychiatrique la somatisation des difficultés psychiques citées.

L'expert Po. a établi une expertise complète. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude fouillée; le rapport se fonde sur un examen complet de la situation de la demanderesse, prend en considération les plaintes exprimées; le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse); la descriptions des interférences médicales est claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées. L'expertise est convaincante.

Ainsi que relevé plus haut, l'expert ne peut être soupçonné de partialité et, contrairement à ce que suggère la demanderesse, l'expertise ne donne pas l'impression d'un parti pris contre elle. L'expertise a pleine valeur probante.

Pour ce qui est de la divergence d'appréciation, de l'incapacité de travail en raison de troubles psychiatriques, entre l'expert et la Dresse F., il y a lieu de rappeler que la jurisprudence précise que, compte tenu des trop grands rapports de confiance existant entre un patient et son médecin traitant, il faut préférer à l'avis de ce dernier le point de vue du praticien neutre dont l'objectivité est plus grande (RCC 1988 p. 504 cons. 2).

Du point de vue somatique, le Dr H., médecin traitant, a précisé le 4 mai 1999 qu'il estimait que la demanderesse présentait une incapacité de travail de 50 % en raison des troubles physiques. Toutefois, dans son rapport du 15 septembre 1999, il a relevé que l'état psychique et la souffrance morale de la demanderesse jouaient un rôle important sur les problèmes osseux et musculaires et il se déclarait en désaccord avec les conclusions de l'expert Po.

En outre, le Dr D., chef de clinique adjoint au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, dans son rapport du 9 octobre 1998 déjà, au terme d'un séjour de près d'un mois dans le service, a relevé que d'un point de vue ostéoarticulaire on était avant tout frappé par une mobilité rachidienne tout à fait normale, alors que la mobilisation était décrite comme fortement douloureuse et que les signes de non organicité étaient marqués et fortement positifs. Dans l'évaluation, il a précisé que la symptomatologie pre

nait de plus en plus un tableau de troubles somatoformes douloureux. L'examen physique était avant tout marqué par des signes de non organicité flagrant chez une patiente extrêmement plaintive et démonstrative lors des examens. L'impression avait été confortée par l'avis psychiatrique requis qui favorisait le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, éventuellement celui d'un trouble de conversion avec état dépressif.

Au vu de ces éléments, l'appréciation du Dr V., médecin-conseil de la défenderesse, selon laquelle la symptomatologie douloureuse présentée par la demanderesse ressortit, à partir de 1999 exclusivement de la sphère psychique, ne peut être que suivie. A cet égard, il est symptomatique que les attestations d'incapacité de travail à partir de décembre 1998 sont le fait du psychiatre traitant de la demanderesse.

Ainsi que relevé plus haut, la demanderesse ne présente, du point de vue psychiatrique, aucune incapacité de travail.

La demande apparaît ainsi mal fondée et doit être rejetée.

Bien que succombant, la demanderesse ne saurait cependant être astreinte au paiement de dépens. Au regard de l'article 47 alinéa 1 et 2 LSA, la procédure est en principe gratuite.

En outre, dans le cadre d'un tel contentieux, l'article 26 bis de la loi sur le Tribunal des assurances, doit trouver une application analogique; le législateur cantonal n'a en effet pas entendu soumettre les assurés qui échouent devant une assurance au paiement de dépens.

Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
p r o n o n c e:

La demande est rejetée.

Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir:

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuelle

ment, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).