



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. D I N D, juge
Membres : M. Berthoud et M. Bonard, assesseurs,
Greffier : Mme Rouiller, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 28 novembre 2003

dans la cause

X, demandeur,

contre

Y, (ci-après : Y ou la caisse)
défenderesse.

Art. 12 al. 3 LAMal; 33 LCA.

E n f a i t :

A. X a été assuré auprès de Y depuis le 1^{er} janvier 1997 par l'intermédiaire de son employeur, C SA, pour une assurance perte de gain maladie régie par le droit privé, couvrant le 80 % du salaire dès le 31^{ème} jour.

L'employeur de X a adressé à la défenderesse un avis de maladie et un certificat médical du Dr V, médecin-traitant de l'assuré, faisant état d'une incapacité totale de travail dès le 22 juillet 1999. Cette incapacité de travail a été prise en charge par Y dès le 22 juillet 1999.

L'intéressé a été licencié pour le 30 septembre 1999.

Dans le rapport médical sur l'incapacité de travail qu'il a établi à l'attention de Y le 17 août 1999, le Dr V a diagnostiqué des cervicalgies et lombalgies prolongées, ainsi que des troubles somatoformes douloureux persistants. Par la suite, il a assez rapidement entrepris des investigations complémentaires (radiographies, CT-scan) et a hospitalisé son patient à l'hôpital de la Vallée de Joux du 7 au 19 août 1999.

L'évolution n'étant pas favorable, le Dr V a adressé son patient au Dr C, rhumatologue à l'Hôpital de zone de St-Loup, à Orbe. Dans son rapport du 20 août 1999, le Dr C a évoqué le risque d'évolution vers des douleurs chroniques, et a préconisé une hospitalisation pour physiothérapie active à Orbe, qui a eu lieu du 23 août au 10 septembre 1999.

Dans le rapport de sortie du 14 septembre 1999, le Dr C a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant probablement influencé par la lourde problématique socio-familiale du patient qui vit seul en Suisse, ne peut rentrer au Portugal pour des raisons financières, et a perdu son travail. Ce médecin propose de laisser X en arrêt de

travail jusqu'à la date effective de son licenciement (30 septembre 1999); il reconnaît une capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} octobre 1999, en estimant que cela orienterait son patient vers le chômage, et éviterait un enlèvement encore plus important dans la douleur. Le Dr C explique que l'intéressé est encore capable d'exercer à 100 % "plusieurs types de travail": Il ajoute que, "sur un plan somatique les découvertes ne sont de loin pas suffisantes pour justifier un arrêt de travail à long terme". Comme alternative, il propose également d'évaluer la comorbidité psychiatrique par le biais d'une expertise, l'état dépressif étant certain, "peut-être même plus grave qu'il n'y paraît".

L'évolution défavorable se poursuivant, le patient a été pris en charge du 22 novembre au 10 décembre 1999 dans le Service Unité rachis et réhabilitation de l'hôpital orthopédique à Lausanne. Dans leur rapport du 22 décembre 1999, la Dresse B et le Dr F, du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur au CHUV, ont conclu à une incapacité de travail de 100 % dans l'activité antérieure, et jugé un reclassement illusoire.

Par lettre du 17 janvier 2000, la société C SA a fait savoir à X que, compte tenu de sa maladie, le délai de congé était prolongé jusqu'au 30 avril 2000. Elle lui a proposé le passage en assurance-individuelle.

L'assuré a été transféré en assurance-individuelle avec effet au 1^{er} mai 2000.

Par lettre du 13 juillet 2000, Y, fondée sur l'avis de médecin-conseil, le Dr L, ainsi que sur le rapport du Dr C, a confirmé qu'elle suspendait le versement d'indemnités journalières à partir 31 mai 2000.

B. Le 5 juin 2001, X a déposé auprès de l'autorité de céans une demande visant à ce que Y soit condamnée à poursuivre le versement des indemnités journalières perte de gain maladie prévues par son contrat au-delà du 31 mai 2000, et jusqu'à la fin de son incapacité de travail. A

l'appui de sa demande, il a produit une expertise orthopédique du 20 février 2001 émanant du Dr W, spécialiste en chirurgie orthopédique à Lausanne. Ce praticien, qui conclut à des états maladifs physiques et psychiques, appuie la demande AI, mais ne répond pas de façon explicite à la question de l'incapacité de travail.

Dans sa réponse du 15 août 2001, la caisse, invoquant ses conditions générales et spéciales, ainsi que les rapports du Dr C, qui a vu l'assuré en consilium, puis lors de son hospitalisation du 23 août au 10 septembre 1999, écarte l'avis du CHUV, selon lequel un reclassement professionnel ne serait pas possible en raison de l'âge et des difficultés d'intégration de l'intéressé, ces éléments ne constituant pas des motifs médicaux, et rejette l'expertise du Dr W en raison de son caractère non exhaustif et du fait qu'elle ne se prononce pas sur l'incidence des états maladifs sur la capacité de travail.

Dans sa réplique du 22 octobre 2001, le demandeur a confirmé ses conclusions. En outre, souhaitant démontrer que les parties (le demandeur et la caisse) avaient toutes deux accepté d'être liées par les conclusions de l'examen médical du Dr W, il a requis l'audition de C. F, du Syndicat Industrie et Bâtiment (SIB).

Dans sa duplique du 14 novembre 2001, la caisse a nié l'existence d'un tel accord et a, pour le surplus, maintenu sa position.

C. Une audience d'instruction s'est tenue le 30 octobre 2002, au cours de laquelle les parties ont été entendues. La caisse a indiqué qu'elle avait versé à X les indemnités journalières contractuelles pour la période allant du 22 juillet 1999 au 31 mai 2000, et que son assuré avait été mis au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage. Pour sa part, l'assuré a confirmé avoir reçu de telles prestations; il précise que cela lui a permis de survivre durant la période postérieure au 31 mai 2000, durant laquelle l'aide sociale ne lui versait que 1'400 fr. par mois.

Le 21 janvier 2003, la caisse a produit le dossier de l'assurance-chômage en précisant que puisque son assuré avait été indemnisé par cette assurance à raison 50 % du 1^{er} novembre 2000 au 30 novembre 2002, il ne pouvait plus lui réclamer le versement du 100 pour-cent des indemnités journalières contractuelles jusqu'à la fin de son incapacité de travail "comme il l'a fait dans sa demande". Enfin, elle précise que, selon les renseignements obtenus auprès de l'OAI, X sera prochainement convoqué pour une évaluation psychiatrique.

La cour de céans a requis le dossier de l'OAI et a demandé à la caisse de procéder à un complément d'instruction. Ce complément d'instruction a révélé que les médecins-traitants qui ont succédé au Dr V - le Dr M puis le Dr I - ont attesté une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2000, ce qui a permis au recourant de toucher les indemnités de l'assurance-chômage à raison de 50 % jusqu'en novembre 2002. Ce dossier révèle également qu'un stage à Polyval - organisé par l'assurance-chômage - s'est soldé par un échec.

Le dossier de l'OAI, également versé à la cause, contient le rapport de la Dresse A, psychiatre du Service médical régional (SMR) Léman de l'AI du 1^{er} mai 2003. Il en ressort que l'assuré ne souffre d'aucune maladie psychiatrique et que les troubles dépressifs constatés n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. En outre, considérant l'absence d'un véritable sentiment de détresse, la Dresse A nie l'existence d'un trouble douloureux somatoforme persistant.

En droit:

1. Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124).

S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377, RAMA 1998, KV 35 p. 290; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3, pp. 211 ss).

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 S P c. La S Assurances, du 24 juin 1998, no 257/1998, publié in 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 IIe Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que le demandeur requiert le versement des indemnités journalières perte de gain maladie prévues par son contrat d'assurance au-delà du 31 mai 2000 et jusqu'au terme de son incapacité de travail.

3. Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2e éd., Zurich 1985, p. 79).

A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 19 s.; Recueil de travaux, op. cit., p. 671). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1^{er} LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

A teneur de 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 et non équivoque.

4. a) Le présent litige doit ainsi être tranché à l'aune des dispositions topiques des conditions spéciales assurance indemnité journalière de la caisse, édition 1996 (ci-après : classe S).

L'article 1^{er} des conditions de la classe S prévoit que "la caisse couvre la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite notamment de maladie *et/ou* d'accident."

D'après l'article 5.2 de ces mêmes conditions "en cas d'une incapacité de travail d'au moins 25 % une indemnité journalière correspondant au degré d'incapacité de travail est versée. Une incapacité de travail de moins de 25 % ne donne pas droit aux prestations":

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 (ATF 125 V 351 c. 3a et les réf.; RAMA 2000 KV 124 p 214). Au demeurant, l'élément déterminant la valeur probante d'une pièce n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351, c. 3b ee et les références citées).

Les expertises confiées à des médecins spécialistes extérieurs dans le cadre d'une procédure administrative, qui établissent leur rapport sur la base d'examens et d'observations approfondis et après avoir pris connaissance des dossiers et qui parviennent des résultats concluants dans leurs commentaires des résultats bénéficient de force probante intégrale pour l'appréciation des

preuves, à moins qu'il n'existe des indices concrets mettant en cause leur crédibilité (RAMA 1993 n° U 167 p. 96 c. 5a et références citées).

Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin-traitant tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 124 I 175 c.4 et les réf. citées). Quant aux expertises des parties, le seul fait que le document ait été commandé par une partie et produit dans la procédure ne permet pas d'avoir des doutes quant à sa force probante (RCC 1986 p. 200 c.2a in fine).

Pour ce qui concerne l'importance à accorder aux rapports médicaux dans le domaine des assurances sociales, des exigences sévères doivent toutefois être posées quant à l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 161 c. 1c, cité in VSI 2001 p. 106).

Enfin, lorsque l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation des preuves anticipée; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; Kummer. Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., p. 135; cf. aussi ATF 104 V 210 c. a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 Cst. (ATF 106 Ia 162 c. 2b; RAMA 1985 no K 646 p. 238 c. 2d).

Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance-maladie complémentaire.

5. a) Il convient donc d'examiner sous l'angle de la valeur probante l'ensemble des pièces médicales contenues dans le dossier.

b) En l'espèce, le Dr C a rédigé plusieurs rapports médicaux (20 août 1999, 14 septembre 2000 et 27 mai 2003). Celui du 14 septembre

1999 a été établi suite au consilium du 20 août précédent, et après un suivi du patient, hospitalisé durant quelque dix jours. Le médecin y fait une anamnèse, et mentionne les plaintes de l'intéressé. Il procède à un examen clinique exhaustif et examine les radiographies. Sur cette base, il donne une appréciation de la situation médicale, qui est claire, circonstanciée, et ne comporte aucune contradiction. Pour ces raisons, cet avis a valeur probante au sens de la jurisprudence précitée et doit être retenu. Il en ressort que, du point de vue somatique, l'assuré est totalement capable de travailler des le 1^{er} octobre 1999. Par ailleurs, pour conclure son rapport du 27 mai 2003, le Dr C relève la discordance entre l'importance des plaintes, la présentation clinique et les substrats dégénératifs qui, s'ils sont clairement présents, restent modestes. Il maintient son diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants.

Quant à ce dernier diagnostic, il convient d'examiner l'expertise du SMR du 1^{er} mai 2003 établie par la Dresse U, psychiatre, et le Dr Q, chirurgien, dans laquelle sont étudiés les effets d'éventuels troubles psychiques sur la capacité de travail de l'assuré. Dite expertise a été établie sur la base d'une anamnèse familiale, professionnelle psychosociale et psychiatrique. La Dresse U y relève que les traits de personnalité dépendante sont discrets chez l'intéressé, qu'ils ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre, et n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. Elle ne pose aucun diagnostic psychiatrique. Elle constate que, dans un contexte de solitude, loin de sa famille par choix personnel, et face à des soucis financiers, l'assuré présente clairement "une humeur à versant dépressif traduisant les aléas de la vie mais aucunement une maladie". La Dresse U ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et estime qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Elle estime qu'en l'absence de pathologie psychiatrique, on peut raisonnablement attendre de l'assuré qu'il se mobilise pour reprendre le travail, et constate que le manque de motivation de l'assuré - qui entravera la réadaptation professionnelle - n'est pas du domaine médical. En conclusion, elle relève que la capacité de travail exigible de cet assuré sur le plan psychiatrique est de 100 pour-cent. Son avis a également valeur probante, dès lors qu'il est clair et complet, ne contient aucune contradiction, et répond de manière claire et

circonstanciée à toutes les questions utiles au sort du litige. S'agissant de l'aspect psychiatrique, le point de vue de la Dresse U doit l'emporter sur celui du Dr C, qui n'est pas psychiatre.

c) Sur la base des éléments médicaux examinés ci-dessus, force est d'admettre que la capacité de travail est totale dès le 1^{er} octobre 1999 tant du point de vue somatique que du point de vue psychiatrique, et que l'origine des troubles dont se plaint l'assuré est liée à des facteurs dont l'assurance-maladie n'a pas à répondre.

d) Reste encore à examiner si les autres avis médicaux versés au dossier, établis par les Drs V, F, B, et W, sont de nature à remettre en cause cette appréciation.

aa) Le Dr V, médecin-traitant, a été, à maintes reprises, amené à examiner ce patient. De ses rapports des 22 juillet, 16 septembre 1999, 17 octobre 1999, 12 mars 2000, 21 mars 2000, 23 mai et 28 juillet 2000, il ressort en substance que l'assuré est totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée, motif pris qu'il est toujours aussi algique et que son état est stationnaire. Cette appréciation ne saurait toutefois l'emporter sur celle des experts C et U au vu la jurisprudence citée (ATF 124 I 175).

bb) Dans leur rapport du 22 décembre 1999, les Drs F et B indiquent que le patient présente des lésions dégénératives étendues, qu'il ne peut plus assumer des travaux lourds et que son incapacité est de 100 pour-cent dans l'activité actuelle (ouvrier dans une déchetterie). Ils ajoutent qu'un reclassement professionnel n'est pas indiqué au vu de l'âge de l'intéressé et de ses difficultés d'intégration en Suisse, et sont d'avis qu'une demande de prestations AI resterait d'actualité. Leur point de vue n'est pas davantage déterminant dès lors qu'ils fondent l'incapacité de travail sur des éléments essentiellement sociaux.

cc) Enfin, il convient d'écarter également l'avis exprimé par le Dr W le 20 février 2001. Le médecin indique que le patient souffre de troubles physiques qui ont perduré parce que les traitements n'étaient pas

adaptés; il relève que l'état dépressif est réactionnel aux douleurs. Toutefois, bien qu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail du patient, il demande à la caisse de revoir sa position, ce qui ne paraît pas clair. Au vrai, la jurisprudence reconnaît que les expertises des parties peuvent avoir valeur probante (RCC 1986 p. 200); on ne saurait cependant reconnaître une telle valeur à l'avis du Dr W, dès lors que ses conclusions ne sont pas dûment motivées (ATF 125 V 352 c. 3a).

6. a) Selon les dispositions contractuelles (art. 5 ch. 2 des conditions de la classe S), il n'y a pas de droit aux prestations en l'absence d'une incapacité de travail de 25 % au moins.

b) In casu, l'examen des pièces médicales permet de tenir pour constant que l'assuré a retrouvé une pleine et entière capacité de travail dès le 1^{er} octobre 1999 et que les troubles constatés ne constituent pas une maladie au sens des dispositions légales topiques. Au demeurant, il ressort des déclarations de Y en audience du 30 octobre 2002 - non infirmées par l'assuré - qu'allant au-delà de ce qu'elle avait été invitée à faire par le Dr C, elle a servi ses indemnités journalières pour perte de gain maladie jusqu'au 31 mai 2000, soit encore durant un mois après la fin des rapports de travail, (initialement prévue pour le 30 septembre 1999, puis reportée 30 avril 2000).

c) Dès lors, c'est à juste titre que la caisse a considéré qu'il n'existe plus d'incapacité de travail à partir du 1^{er} juin 2000.

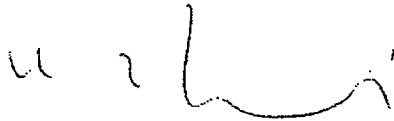
7. Vu ce qui précède, la demande doit être rejetée.

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

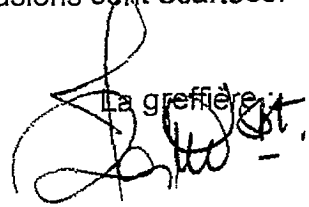
1. La demande est rejetée.

- II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont écartées.

Le président :



La greffière :



Du 17 AOUT 2004

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, éventuellement, 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;

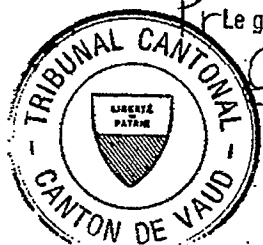
e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(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).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :



Boisoz

Le greffière
[Signature]