



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R, juge

Membres : Mme Maire, juge, et M. Rion, assesseur

Greffier : Mme Widmer-Esposito, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 16 août 2004

dans la cause

X , représentée par Me Pierre-Yves
Brandt, avocat à Lausanne, demanderesse,

contre

GROUPE Z ASSURANCES, LA CAISSE Y
défenderesse.

Art. 12 et 67 ss LAMal; 11, 33 et 87 LCA

En fait :

A. X , née 15 mai 1946, a travaillé depuis le 12 juin 2001 comme employée polyvalente au service de l'entreprise de récupération P SA, à Cugy. Jusqu'au 31 décembre 2001, elle a été assurée auprès de la Caisse Y , rattachée au Groupe Z , au titre d'un contrat collectif régi par la LCA, souscrit par l'employeur au bénéfice de l'ensemble de son personnel. Ledit contrat garantissait une indemnité journalière de 80 % du salaire assuré dès le 30^{ème} jour d'incapacité de travail en cas de maladie. Les rapports de travail ayant pris fin au 31 décembre 2001, l'intéressée a été transférée dans l'assurance individuelle avec effet au 1^{er} janvier 2002. Du 1^{er} janvier 2002 au 31 octobre 2003, elle a ainsi été assurée pour un montant journalier de 83 fr. 20, également dès le 30^{ème} jour d'incapacité de travail en cas de maladie.

Le 12 novembre 2001, l'employeur de l'intéressée a annoncé à l'assureur une incapacité de travail qui a débuté le 2 juillet 2001. Dite incapacité a cessé le 18 juillet 2001.

Le 2 janvier 2002, le Dr V , médecin traitant de l'assurée a indiqué dans un certificat médical que sa patiente était en traitement pour un problème médical se manifestant par des douleurs musculo-squelettiques diffuses à l'origine d'un handicap fonctionnel important. Il a précisé que la capacité de travail de sa patiente se trouvait très limitée et a envisagé une activité légère à 40 %, les efforts dorsaux tel le déplacement de charges devant être évités, de même que le maintien d'une position assise ou debout prolongée.

Le Dr C , médecin conseil de l'assureur, a reçu du Dr V un rapport établi le 24 février 2002. Ce dernier pose le diagnostic de fibromyalgie et d'état anxio-dépressif et indique une incapacité totale de travail à compter du 26 septembre 2001.

Ledit médecin conseil a également reçu un rapport rédigé le 3 avril 2001 par le Dr F , du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, qui conclut à une incapacité de travail totale de l'intéressée. Le 8 juin 2001, le Dr F a noté: "poursuite du traitement, maintien de la capacité de travail à 100 %"; le 11 juillet 2001, il a précisé: "Ad poursuite de la stabilisation musculaire, mais pas d'arrêt de travail"; enfin le 3 octobre 2001, il a écrit: "Elle parvient à grand peine à fournir un travail à plus de 50 %".

Selon un rapport établi le 26 novembre 2001 par le Dr R , spécialiste des maladies rhumatismales au Centre médical de Vidy à Lausanne, le tableau clinique évoque en premier lieu un syndrome fibromyalgique chez une patiente présentant plusieurs facteurs de mauvais pronostics psychosociaux: signes d'état dépressif, problèmes financiers, difficultés d'intégration, travail exigeant des efforts physiques chez une femme qui était auparavant commerçante indépendante. Ce praticien n'a vu cependant aucun argument pour des troubles organiques ostéoarticulaires importants et a estimé qu'une activité à 50 % pouvait être demandée. D'autres certificats médicaux, non motivés, ont fait état d'une incapacité totale du 1^{er} janvier 2002 au 31 août 2003.

Le 11 janvier 2002, l'intéressée a déposé une demande de rente d'invalidité de l'AI.

Le 5 avril 2002, le Dr C a examiné l'assurée. Dans un rapport à l'assureur, établi le 11 avril suivant, il a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail partielle, voire entière, de sorte que son cas devrait relever de l'assurance-chômage. L'assureur a ainsi ramené le taux des indemnités journalières à 60 % dès le 1^{er} mars 2002.

Le 11 avril 2002, le Dr C a demandé un nouveau rapport au Dr V , lequel a confirmé, par courrier du 24 avril 2002, qu'une reprise du travail s'avérait pour le moment impossible, l'incapacité de travail demeurant à 100 % depuis le 26 septembre 2001. Il a également informé le médecin-conseil que l'office de chômage avait conseillé à sa patiente de demander une rente AI.

L'assureur a confié une expertise médicale au Dr G , médecin-chef du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV et a invité l'assurée à se présenter pour une nouvelle consultation. Dans son rapport du 30 juillet 2002, ce praticien a considéré ce qui suit : "Cette patiente n'a – sur un plan organique – pas d'incapacité de travail dans le métier préalablement exercé. Toutefois, en tenant compte des éléments fonctionnels occasionnant un tableau d'état douloureux chronique, on peut admettre que Mme X est incapable de travailler dans son métier préalable dans l'ordre de 50 %".

Par courrier du 26 août 2002, confirmé par des écritures des 18 septembre et 24 octobre de la même année, l'assureur a fait savoir à l'assurée que l'indemnisation serait limitée à 50 % dès le 1^{er} septembre suivant, sur la base de l'expertise rendue par le Dr G . Il a précisé que l'assurance couvrant la perte de gain serait résiliée pour la fin du mois d'octobre 2003, le droit aux indemnités journalières venant à épuisement le 15 octobre précédent, se référant à l'article 6.2 de leurs conditions d'assurance qui prévoit expressément que : "L'indemnité journalière est versée, pour une ou plusieurs maladies, durant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs".

B. X , représentée par l'avocat Pierre-Yves Brandt, a saisi le Tribunal des assurances par demande du 17 septembre 2003. Elle a conclu à ce que la défenderesse soit tenue de l'indemniser "sur la base d'une pleine incapacité de travail, du mois de mars 2002 jusqu'à modification dûment constatée de son taux d'incapacité", ce à hauteur de 23'655 fr. 50 plus intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} janvier 2003, pour la période allant de mars 2002 à septembre 2003.

Dans sa réponse du 29 octobre 2003, l'assureur a conclu au rejet de la demande.

La demanderesse a confirmé ses conclusions dans sa réplique du 5 mars 2004, tout en présentant diverses réquisitions incidentes tendant à l'audition du Dr V comme témoin, la mise en œuvre d'une expertise

complémentaire et la production du rapport du Service médical régional AI (ci-après : SMR).

Ledit rapport du SMR porte sur un examen psychiatrique de l'assurée effectué par le Dr N , psychiatre FMH, en présence du Dr A , médecin conseil de l'intimée. Ce praticien a diagnostiqué un trouble douloureux chronique, excluant cependant un trouble dépressif ou anxieux d'intensité suffisante pour constituer une comorbidité psychiatrique. Il a conclu à une capacité de travail de 100 % d'un point de vue strictement psychiatrique. L'OAI a quant à lui estimé que si les troubles statiques rachidiens et le déconditionnement physique peuvent justifier une diminution de la capacité de travail à 50 %, il ne peut être retenue aucune limitation d'ordre médical dans une activité plus légère.

Dans sa duplique du 21 avril 2004, la défenderesse a confirmé ses conclusions au fond tout en concluant au rejet des réquisitions incidentes.

C. Le contrat collectif et les conditions d'assurance y applicables ont été produits, de même que le dossier complet de l'AI, sur lequel les parties ont été invitées à se déterminer.

En droit:

1. a) Dans un arrêt P c. K Assurances, du 24 juin 1998 (JdT 1999 III 106 ss), la Chambre des recours du Tribunal cantonal a statué que doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, 1^{ère} phrase LAMal, toute assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie, qu'elle complète ou non l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 ss LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci;

peu importe qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1er LAMal (JdT 1999 III 106, c. 4 et 5, confirmé par Ch. rec., arrêt S c. B , du 2 février 2000, n° 31/ 2000; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, JdT 2000 III 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, dans : Colloques et journées d'études 1999-2001, éd. IRAL, Lausanne 2002, pp. 763 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. (Réf. 5C.26/1999).

b) L'article 87 LCA confère au bénéficiaire de l'assurance, dès la survenance d'un sinistre, un droit propre contre l'assureur pour ce qui est des couvertures collectives contre les accidents ou la maladie; a fortiori en est-il ainsi d'une couverture individuelle succédant à une assurance collective. La demanderesse a dès lors la légitimation active, tout comme la défenderesse a la qualité pour défendre.

c) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]). Selon les conclusions de la demande, la valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs en capital.

2. Est seule litigieuse, sur le fond, la question de savoir si la demanderesse est débitrice d'autres indemnités journalières que celles qu'elle a déjà versées et, dans l'affirmative, pour quel montant. Le terme contractuel des prestations n'est pas contesté en tant que tel.

3. Cela étant, il y a lieu de statuer en premier lieu sur les réquisitions de la demanderesse portant sur des mesures d'instruction.

a) C'est en vain que la demanderesse requiert l'audition comme témoin du Dr V . En effet, selon une pratique constante, le Tribunal des

assurances se fonde sur les avis écrits des médecins plutôt que d'entendre ceux-ci comme témoins. En l'espèce, le Dr V a déposé plusieurs rapports, qui figurent au dossier et qui apparaissent suffisants pour donner une vue complète de son appréciation de l'état de santé de l'intéressée.

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le TFA considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ni l'origine de l'avis ni le fait que le compte-rendu – que celui-ci ait été produit ou ait été établi sur requête – soit désigné par les termes de rapport ou d'expertise ne sont ainsi déterminants quant à la force probante du moyen de preuve (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées; ATF 125 V 351 consid. 3a; RAMA 2000 KV 124 p. 214; RAMA 2000 U 408 p. 407 consid. 1b).

L'assurée ayant été examinée par des praticiens indépendants, dont les rapports satisfont à ladite jurisprudence concernant la force probante des expertises (applicable par analogie aux assurances-maladie complémentaires), il ne pourrait qu'être redondant et, partant, contraire à l'économie et à la célérité de la procédure, de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

c) Enfin, la demanderesse sollicite la production du rapport établi par le Service médical régional de l'AI à la suite de l'examen effectué le 13 novembre 2003. Il a été fait droit à cette requête incidente par la production du dossier complet de l'OAI. En tout état de cause, le droit aux indemnités journalières de la défenderesse ne peut perdurer au-delà du 15 octobre 2003 et nombre d'avis médicaux, notamment ceux établis par le SMR, sont postérieurs à cette date.

4. a) A teneur de l'article 11 alinéa 1er, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon 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.

b) Le contrat d'assurance à l'origine des conclusions de la demande procède des conditions d'assurance de la défenderesse applicables à l'assurance-maladie pour perte de salaire, auxquelles il se réfère expressément. Ces conditions, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1997, comportent des clauses générales, au nombre desquelles leur article 1^{er} alinéa 2. Celui-ci prévoit que, "par incapacité de travail, on entend l'impossibilité de pouvoir exercer la profession embrassée lors de la conclusion du contrat ou une autre activité lucrative adaptée aux capacités et aux connaissances de l'assuré". D'après l'article 2 alinéa 1^{er} desdites conditions, "pour autant qu'une perte de gain correspondante soit prouvée, La Caisse Y alloue, en cas d'incapacité de travail attestée par un médecin porteur du diplôme fédéral ou un chiropraticien admis à pratiquer, l'indemnité journalière convenue".

Seule la période d'indemnisation postérieure à février 2002 étant litigieuse, le litige doit être tranché selon la police individuelle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2002.

5. a) Selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin traitant en raison des rapports de confiance trop étroits qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation. Le juge pèsera donc avec prudence l'opinion du médecin traitant, compte tenu de sa proximité avec son patient (ATF 125 V 351, spéc. consid. 3b/cc p. 353, et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc, applicables par analogie en assurances privées).

b) En l'espèce, l'issue du litige dépend de la force probante à accorder à l'expertise du Dr G. Cet avis émane d'un praticien indépendant de l'assuré, exerçant dans un cadre universitaire; il apparaît fondé sur des examens pratiqués lege artis et répond aux questions déterminantes pour le

droit aux prestations. Il concorde en outre avec les avis des praticiens du SMR, qui sont également indépendants de l'assurée.

En effet, l'expertise du Dr G , mentionne comme diagnostic un état douloureux chronique touchant l'ensemble de l'organisme, mais en priorité les régions cervicales et lombaires, ce que l'on peut rapprocher du diagnostic de fibromyalgie. Les signes de non organicité (Waddell) relevés par l'expert ne signifie pas que l'assurée simule, mais qu'elle répond, sur le plan organique, d'une manière inadéquate par rapport aux gestes effectués : augmentation des douleurs du dos à la pression sur la tête, démarche instable lorsque la recourante se met sur les pointes des pieds ou les talons, alors que la rotation combinée du bassin et du tronc n'augmente pas les douleurs lombaires. Même si ces signes ne correspondent pas à une atteinte organique, objective, ils peuvent être la manifestation physique d'un état anxio-dépressif. Si le Dr G se limite à une évaluation rhumatologique pour reconnaître à l'assurée une capacité de travail totale sur le plan organique, il tient cependant compte des éléments fonctionnels, qui occasionnent un tableau d'état douloureux chronique et admet une incapacité de travail de 50 %, expliquant cet état polyalgique en raison d'une problématique bio-psycho-sociale.

De surcroît, dans son rapport du 26 novembre 2001, le Dr R , également rattaché au CHUV, retient également une incapacité de 50 %. Quant au rapport du Dr F , daté du 3 avril 2001, il a trait à une période antérieure au début de l'assurance, s'agissant non seulement de la couverture individuelle ici en cause, mais également de la police collective à laquelle elle a succédé au 1^{er} janvier 2002. Enfin, l'assurée ne présente pas de troubles psychiatriques.

Cela étant, il convient d'accorder pleine valeur probante aux rapports médicaux du Dr G , du Dr R et des médecins du SMR, dont les opinions doivent être retenues au détriment de celle du médecin traitant de l'assurée.

6. Au vu de ce qui précède et dans la mesure où une capacité de travail de l'ordre de 50 % au moins est exigible de la part de la demanderesse à

compter du 1^{er} mars 2002, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

Les conclusions de la demanderesse X
déposées contre le Groupe Z Assurances, La Caisse Y, selon
demande du 17 septembre 2003, sont rejetées.

Le président :



La greffière :



Du 24 DEC. 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;

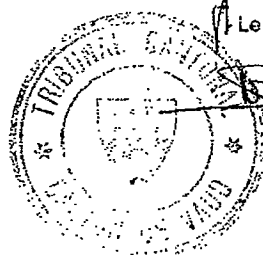
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

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:

La greffière: