



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme T H A L M A N N, juge
Membres : M. Dind, juge, et M. Donzel, assesseur
Greffier : Mme Abbet, greffière ad hoc

Jugement du 16 décembre 2004

dans la cause

X , demandeur, représenté par l'avocat Urbain
Lambercy à Lausanne,

contre

LA Y **assurance contre les accidents** (ci-après : Y
ou la Compagnie), à Lausanne, défenderesse.

Art. 63 CO, 16 CGA, 1er CC

En fait:

A. X , né en 1941, exerce la profession de bijoutier indépendant. Il est assuré auprès de la Compagnie depuis le 1^{er} juin 1997 selon la police d'assurance collective en cas de maladie n° CCCC . Celle-ci prévoit le versement d'une indemnité journalière d'incapacité de travail de 219 francs payable dès le 31^{ème} jour, pendant 690 jours par cas. La prime annuelle relative à dite police se monte à 3'343 francs et 10 centimes. Outre les dispositions légales applicables, le contrat est régi par les conditions générales (CGA) B 41/91 et par les conditions complémentaires (CC) C 411/93.

Le 26 novembre 2002, le demandeur a adressé à la défenderesse un avis de sinistre pour une incapacité de travail résultant d'une opération du ménisque effectuée le 8 août 2002, ainsi que pour la thrombose qui s'en suivit.

Par courrier du 28 novembre 2002, la défenderesse a refusé de prendre le cas en charge au motif que celui-ci avait été annoncé tardivement selon l'article 16.2 des CGA, lequel stipule qu'aucune prestation n'est due pour les accidents ou les maladies qui n'ont pas été déclarés dans les trente jours.

Dans une lettre du 3 décembre 2002, le demandeur a prié la Compagnie de reconsidérer sa position, eu égard à la complication survenue lors des séances de physiothérapie effectuées après l'opération. Le 13 décembre suivant, il lui a transmis les certificats médicaux établis par son médecin traitant, le Dr M , spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, attestant une incapacité de travail de 100 % pour les mois de septembre à décembre 2002.

Le 7 janvier 2003, un inspecteur de la Compagnie s'est déplacé chez le demandeur afin d'évaluer la situation de celui-ci. Dans son rapport de visite, le collaborateur relève que l'assuré souffre du ménisque interne du genou gauche, ainsi que d'une thrombose au mollet gauche. Il mentionne que l'intéressé, après avoir eu des perfusions, est toujours traité à la cortisone et qu'il a suivi plusieurs séances de physiothérapie. Dans ses remarques,

l'inspecteur explique que X a eu une première alerte six ou huit mois avant le début du présent sinistre, sans qu'il y ait eu de choc ou de chute. L'intéressé pense que sa thrombose est certainement due à une mauvaise flexion du genou durant l'intervention chirurgicale. Il ajoute que cette affection semble actuellement résorbée mais que c'est à nouveau le ménisque qui pose problème. Selon lui, son médecin traitant est d'avis qu'il pourrait s'agir de graisse qui gênerait la mobilité. S'agissant de l'activité professionnelle du demandeur, le rapport mentionne qu'il travaille comme créateur de bijoux, faisant travailler des ateliers en sous-traitance, ateliers qui ont été ouverts par ses anciens ouvriers. C'est lui qui va présenter ses collections à ses clients et son activité consiste principalement en déplacement et en gestion. Il ne travaille pas en tant que tel dans un atelier. Le représentant de la défenderesse mentionne encore avoir expliqué au demandeur que la défenderesse était en droit de refuser toute prestation, l'avis de sinistre ayant été donné tardivement à l'assureur, mais que, néanmoins, celle-ci était prête à intervenir dans le cadre d'un arrangement pour solde de tout compte, à titre exceptionnel et selon les modalités suivantes :

- prise en charge de l'incapacité temporaire de travail à 100 %, sous déduction du délai d'attente, du 8 août 2002 au 30 novembre 2002;
- prise en charge à 50 % dès le 1^{er} décembre 2002;
- prise en charge à 100 % d'un futur séjour hospitalier (uniquement la partie hôpital).

Il mentionne enfin avoir informé le demandeur *"que nous lui confirmerions cela par écrit"*.

Par courrier du 8 janvier 2003, la défenderesse a notamment écrit ce qui suit à l'intéressé :

"(...) Lors de l'entretien que vous avez eu avec notre inspecteur, Monsieur T en date du 7 janvier 2003, il a été convenu que nous prendrions en charge l'incapacité de travail à 100 % du 08.08.2002 au 30.11.2002 (sous déduction du délai d'attente de 30 jours) puis à 50 % à partir du 01.12.2002.

Au cas où une nouvelle intervention chirurgicale devait avoir lieu, vous voudrez bien nous en informer rapidement. La durée de l'hospitalisation serait indemnisée à 100 %.

En annexe, nous joignons notre décompte pour la période du 08.08.2002 au 31.12.2002. (...)"

Le 10 janvier 2003, le demandeur a, par écrit, fait part de son désaccord et, le 14 janvier suivant, il a demandé le versement d'indemnités journalières complètes en ajoutant qu'il devrait certainement subir une intervention chirurgicale prochainement. Il a également produit plusieurs certificats médicaux de son médecin traitant, attestant d'une incapacité de travail de 100 %.

Le 21 janvier 2003, Y a adressé à son assuré un courrier au contenu suivant :

"(...) Il ressort de l'entretien que vous avez eu avec notre collaborateur en date du 07 ct, que votre activité est orientée dans la création de bijoux, notamment par l'intermédiaire de sous-traitants, et par la commercialisation de ces pièces.

Nous avons pris note que cette commercialisation vous amène à vous déplacer fréquemment, notamment à Genève et en France, mais également dans le reste de la Suisse et en Italie.

Bien que ce cas ne soit pas couvert en vertu de l'art. 16.2 de nos conditions générales d'assurance B41 91, lequel a trait à l'annonce tardive, nous avons accepté, à bien plaisir, de prendre ce cas en charge dans un esprit commercial et emprunt d'ouverture.

En ce sens, nous avons admis une incapacité de travail à 100 % du 8 août 2002 au 30 novembre 2002 et de 50 % dès le 1^{er} décembre 2002.

Cette position, en dehors du geste commercial, part du principe que l'activité de votre société n'a certainement pas été totalement interrompue depuis le 8 août 2002 mais plutôt que celle-ci a été diminuée même si, ainsi que vous l'avez reconnu vous-même, une partie de cette baisse est due à la conjoncture actuelle, et que les relations commerciales avec vos clients ou sous-traitants ont été, dans une certaine mesure, maintenues.

Il en va de même avec la partie administrative, même si, et nous en avons pris note, Mme X, en assure une partie.

En raison de ce qui précède, notre position apparaît comme correcte et adaptée à une baisse et non une cessation totale d'activité depuis environ 6 mois. (...)"

Répondant à ce courrier le 27 janvier 2003, le recourant s'oppose à ce que les prestations soient réduites à 50 % dès le mois de décembre 2002; à ce sujet, il précise ce qui suit :

"(...)L'incapacité de travail, de faire, à jouir d'un droit ou à l'exercer, l'inaptitude, l'incompétence de travail, état d'une personne qu'un accident ou une maladie empêche de travailler. Il se trouve que mon contrat d'assuré stipule ces données, ainsi que le certificat médical délivré, et pour parachever, mon état physique reflète à 100 % mon incapacité que j'atteste.

Dès lors, plus rien ne doit s'opposer à un règlement complémentaire de décembre et du mois de janvier.

Pour la suite, un nouveau certificat médical vous parviendra.

(...)"

A la demande du service médical de la défenderesse, une expertise a été effectuée par le Dr D , spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 15 avril 2003. Dans son rapport du même jour, l'expert diagnostique une gonarthrose fémoro-tibiale interne, stade III du genou gauche et un status huit mois après ménisectomie interne du genou gauche. Dans son appréciation du cas, le praticien relève que si l'ablation de l'obstacle mécanique (ménisque) a apporté un soulagement, ce dernier n'a été que transitoire. Il ajoute que deux examens IRM ultérieurs ont montré une atteinte cartilagineuse significative du compartiment interne, couplé d'un œdème de l'os sous-jacent, représentatif d'un syndrome d'hyperpression régionale (compatible avec l'arthrose). S'agissant de la capacité de travail, il estime enfin que le patient, indépendant, ayant un atelier à domicile, pratiquant la sous-traitance, présente certainement un handicap pour ses déplacements. Il estime toutefois que ce handicap doit être nuancé car, en attendant une solution chirurgicale adéquate, un traitement par anti-inflammatoires est bénéfique. Afin de lui permettre des déplacements plus aisés, le port d'une orthèse peut aider. Il est d'avis qu'avec ces mesures, une capacité de travail de l'ordre de 50 % est exigible dans l'état actuel des choses.

La défenderesse a continué à verser à son assuré des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 50 % jusqu'au 5 mai 2003, puis, suite à l'intervention chirurgicale subie par ce dernier le 6 mai 2003, de 100 % jusqu'au 30 juin 2003 et enfin de 50 % du 1^{er} juillet au 3 août 2003.

Dans un certificat médical du 24 juin 2003, le Dr M atteste que le travail peut être repris à 50 % dès le 1^{er} juillet 2003 et à 100 % dès le 4 août 2003.

Par l'intermédiaire de son conseil, le demandeur a sommé par écrit la défenderesse de lui verser la somme de 20'806 francs, faisant valoir que son médecin traitant avait attesté une incapacité de travail de 100 % du 8 août 2002 au 30 juin 2003, et que la Compagnie n'était dès lors pas fondée à ne l'indemniser que sur une base de 50 % pour les mois de décembre 2002 à avril 2003, étant entendu que le contrat liant les deux parties n'était pas « *une assurance perte de gain au sens habituel, mais une pure assurance, c'est-à-dire l'engagement de payer un montant déterminé en cas d'incapacité médicale de travail, sans égard aux conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain de l'assuré, pour autant que l'atteinte médicale à la santé atteigne au moins 50 %.* »

B. Par demande du 20 janvier 2004 déposée auprès du Président du Tribunal d'arrondissement de Lausanne, X a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce que Y soit sa débitrice de 20'866 fr. valeur échue avec intérêts et accessoires légaux à compter du 1^{er} septembre 2003.

Le 5 mars 2004, la défenderesse a déposé auprès de la même instance une requête en déclinatoire au sens des articles 56 et suivants du Code de procédure civile (CPC), motif pris que le Tribunal d'arrondissement de Lausanne n'était pas compétent pour statuer sur l'action introduite par la demande du 20 janvier 2004. Elle fait valoir que la jurisprudence vaudoise considère qu'une assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie ne relevant pas des articles 67 et suivants de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) doit être considérée comme une

assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106). Elle ajoute qu'en édictant le Décret du 20 mai 1996, le législateur vaudois a prévu que « *le contentieux en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est de la compétence du Tribunal cantonal des assurances (art. 1^{er}).* »

Par jugement incident rendu le 5 mai 2004, le Président du Tribunal d'arrondissement de Lausanne a admis la requête de la défenderesse et transmis la cause au Tribunal de céans.

C. Dans sa réponse du 21 septembre 2004, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande déposée le 20 janvier 2004 faisant valoir que la Compagnie était parfaitement fondée à se baser sur l'expertise du Dr D pour indemniser le demandeur, expertise retenant une incapacité de travail de 50 %. Reconventionnellement, la défenderesse a conclu à la condamnation du demandeur au remboursement des indemnités journalières perçues depuis le 8 août 2002, par 51'683 francs, motif pris que son intervention malgré la tardiveté de l'avis de sinistre était conditionnelle au fait que le demandeur se « contente » d'une indemnité journalière de 50 % à compter du 1^{er} décembre 2002, ce qui n'a pas été le cas.

Les parties ont renoncé à l'échange d'écritures ultérieur.

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 qui 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, Assurance-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 assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S c. K Assurances, du 24 juin 1998, n° 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. Les questions litigieuses sont celles de savoir d'une part, si la défenderesse est fondée à réclamer au demandeur le remboursement des prestations versées suite à l'événement du 8 août 2002, et d'autre part, si c'est à juste titre que le demandeur requiert le versement des indemnités journalières prévues par son contrat d'assurance à 100 % du 1^{er} décembre 2002 au 5 mai 2003.

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, 2^e 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 exclusivement 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 donc être tranché à l'aune des dispositions typiques des conditions générales de la Compagnie régissant l'assurance-maladie individuelle (B 41/91) et des conditions complémentaires régissant l'assurance d'une allocation d'incapacité de travail (C 411/93).

L'article 16 des CGA prévoit qu'aucune prestation n'est due pour les maladies ou les accidents qui n'ont pas été déclarés dans les trente jours.

L'article 1^{er} des CC stipule que l'assurance a pour objet de compenser la perte de gain subie par l'assuré en cas d'incapacité de travail. Chaque journée d'incapacité partielle de travail n'entre dans le calcul du

nombre de jours que pour le pourcentage donnant lieu à indemnité (art. 3 al. 3). Si l'incapacité de travail n'est que partielle, la société verse une allocation journalière proportionnellement réduite, une incapacité de travail inférieure à 25 pour-cent ne donnant plus droit aux indemnités.

Les conditions particulières, faisant partie intégrante du contrat, mentionnent notamment que les jours d'incapacité partielle de travail comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée maximum des prestations (litt. b) et qu'une incapacité inférieure à 50 % ne donne plus droit aux indemnités et ne compte pas non plus pour le calcul du délai d'attente (litt. c).

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 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 à 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 les 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 prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation des preuves anticipées ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., p. 274 ; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^e éd., p. 135 ; cf aussi ATF 104 V 210). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 Cst (ATF 106 la 162 c. 2b ; RAMA 1985 n° K 646 p. 238, c. 2d).

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

5. a) La défenderesse invoque la tardiveté de l'avis de sinistre et demande restitution des sommes versées à titre d'indemnités journalières.

Selon l'article 63 alinéa 1 du Code des obligations (CO), celui qui a payé volontairement ce qu'il ne devait pas ne peut le répéter s'il ne prouve qu'il a payé en croyant, par erreur, qu'il devait ce qu'il a payé.

Dans le cas présent, la défenderesse a constaté que la déclaration de sinistre excédait le délai de trente jours prévu par les CGA (cf. lettre du 28 novembre 2002). Par la suite, elle a proposé un accord au demandeur par le truchement de son inspecteur, lors de sa visite du 7 janvier 2003, et l'a confirmé par écrit le lendemain. Sans attendre de savoir si le demandeur acceptait cette proposition ou non, elle a versé les indemnités journalières dans la mesure proposée. De plus, dans son courrier du 8 janvier 2003, la Compagnie n'émet aucune réserve. Enfin, le demandeur a réagi par lettre du 10 janvier 2003 pour faire part de son désaccord avec la solution proposée précédemment. Malgré cela, la défenderesse a continué à verser des indemnités journalières.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que les conditions posées par l'article 63 alinéa 1 CO ne sont pas réalisées en l'espèce, et que les conclusions reconventionnelles de la défenderesse doivent ainsi être rejetées.

b) Le demandeur soutient que le montant total de l'indemnité journalière doit être versé dès que le taux d'incapacité de travail atteint 50 %.

L'article 1 des CC stipule que l'assurance a pour objet de compenser la perte de gain subie par l'assuré en cas d'incapacité de travail. Les conditions particulières du contrat ne comportent aucune dérogation à cette clause, dans la mesure où la lettre b) de ces dernières ne prévoit de considérer les jours d'incapacité partielle de travail comme jours entiers, uniquement s'agissant du calcul de la durée maximum des prestations, et non pas, comme le soutient le demandeur, s'agissant de la quotité desdites prestations. Par conséquent, la rédaction des conditions générales, complémentaires et particulières applicables au contrat conclu entre les deux parties est parfaitement claire et

celles-ci ne sauraient être interprétées autrement que ne les a appliquées la défenderesse, à savoir que le montant versé à titre d'indemnité journalière sera proportionnel au taux d'incapacité de gain, mais ne sera versé qu'à partir d'une incapacité de 50 pour-cent.

Dès lors, le moyen soulevé par le demandeur doit être rejeté.

c) S'agissant du taux d'incapacité de travail, le médecin traitant du demandeur a certes attesté d'une incapacité de travail totale dès le mois d'août 2002. Toutefois, ces divers certificats ne sont pas motivés. En revanche, l'expert D , après une étude approfondie de l'état de santé du demandeur a exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles il a retenu une capacité de travail résiduelle de 50 %. Par ailleurs, l'expertise menée satisfait pleinement aux conditions jurisprudentielles relatives à la valeur probante exposées plus haut. Il convient donc de se rallier à ce taux. En effet, lorsque les expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157, c. 1c et les références, applicable par analogie à l'assurance maladie complémentaire régie par la LCA).

Certes, l'expert estime l'incapacité temporaire de travail à 50 % lorsqu'il a vu le demandeur en avril 2003. Toutefois, comme il résulte de l'expertise, ainsi que des dires du demandeur lui-même, que son état de santé non seulement ne s'est pas amélioré mais s'est plutôt aggravé, la capacité de travail était en tout cas de 50 % au mois de novembre 2002, date à partir de laquelle des indemnités journalières de même taux ont été allouées.

d) En définitive, la demande, ainsi que les conclusions reconventionnelles de la réponse ne peuvent qu'être rejetées.

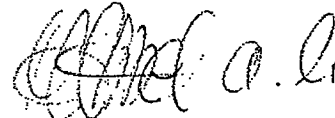
Par ces motifs,
Le Tribunal des assurances
prononce :

- I. La demande est rejetée.
- II. Les conclusions reconventionnelles sont rejetées.

La présidente :



La greffière :



Du **28** JUIN 2005

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).

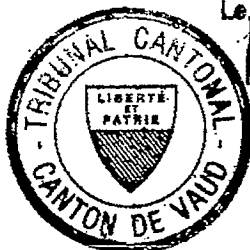
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

La greffière :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier:



ns

[Handwritten signature]