



TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme T H A L M A N N , juge
Greffier : M. Gilliéron, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 22 décembre 2004

dans la cause

X , demandeur, représenté par le Service juridique de
la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (ci-après : FSIH), à
Lausanne,

contre

Y **Compagnie d'Assurances** (ci-après : la caisse), à
Lausanne, défenderesse.

Art. 12 al.2 et 3 LAMal; 47 al. 2 et 3 LSA.

En fait:

A. X est affilié à la Y Assurances. Né le 22 avril 1939, il a travaillé dans l'entreprise S SA du 3 mai au 30 avril 2004. Dès le 28 août 2003, il a été en incapacité de travail. Il a été indemnisé par la défenderesse pour une incapacité de travail de 100 % à raison d'indemnités journalières de 165 fr. 70 jusqu'au 31 janvier 2004 et de 50 % pour les mois de février à avril 2004, les indemnités journalières s'élevant à 82 fr. 50.

Dans un rapport du 2 octobre 2003, le Dr M , médecin traitant, a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches non déficitaires depuis le 18 août 2003, sans facteur déclenchant. Il a estimé l'incapacité de travail totale.

Le Dr R , médecin conseil de la défenderesse a examiné le demandeur le 16 janvier 2004. Dans son rapport du 20 janvier 2004, il diagnostique :

- Lombosciatalgies gauches non déficitaires le 22 août 2003;
- Lombalgies persistantes;
- Canal lombaire étroit d'origine mixte, constitutionnel et dégénératif avec rétrécissement modéré en L3-L4 et L4-L5;
- Hernie discale surajoutée médio-latérale gauche en L4-L5, légèrement luxée vers le haut entraînant une strangulation du sac dural et certainement un conflit radiculaire L5 gauche à son entrée dans le récessus latéral.

Le Dr R a été frappé par les signes d'amplification de la douleur présentés par l'assuré. Tout en ne contestant pas les lombalgies, il est d'avis que leur sévérité ne devrait pas l'empêcher de travailler au moins à 50 %, pour autant qu'il n'ait pas à soulever de charges excédant 15 kg.

Le Dr M a quant à lui continué à signer des certificats mentionnant une incapacité de travail de 100 %.

Par lettre du 28 janvier 2004, la caisse a écrit à l'assuré que suite aux conclusions du médecin conseil, une reprise de travail pouvait se faire dans les plus brefs délais, mais qu'il ne devait pas porter de charge de plus de 15 kg et que, comme convenu avec son employeur, cette reprise pourrait avoir lieu, moyennant les précautions précitées, à 50 % dès le 1^{er} février 2004.

Dans un rapport médical du 19 février 2004 adressé au Dr M , le Dr W , spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, diagnostique notamment :

- Volumineuse hernie discale L4-L5 gauche;
- Probable état dépressivo-anxieux réactionnel;

Le Dr W conclut qu'à deux mois de la retraite, il n'est pas nécessaire de faire du forcing et estime l'incapacité de travail complète, essentiellement pour des raisons psychiatriques, compte tenu des signes de non-organicité à l'examen du rachis.

B. Par demande déposée le 29 juin 2004, X conclut à l'octroi d'indemnités journalières entières pour les mois de février à avril 2004. Il a produit un rapport du 20 juin 2004 du Dr M , selon lequel l'intéressé "était à l'arrêt de travail [à] 100 % entre le 1^{er} février 2004 et le 7 juin 2004, cela pour des lombo-sciatalgies gauches résiduelles (50 %) et un état dépressif réactionnel (50 %)".

Dans sa réponse du 7 septembre 2004, la défenderesse a conclu au rejet de la demande.

En droit:

1. La couverture ici en cause n'est pas soumise à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal). Il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. Elle relève, dès lors, du

droit des assurances privées, soit de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Il en résulte que les caisses-maladie ne sont plus, dans ce domaine, des organes administratifs susceptibles de rendre des décisions au sens de l'article 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative. En conséquence, c'est par la voie de l'action que les assurés doivent agir pour contester les prises de position des caisses-maladie relatives aux assurances complémentaires.

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 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 (LSA), le Canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [ROLV 1996 p. 119; F.A.O. 1996, p. 1956]).

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 P c. La K 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 IIe Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. La question litigieuse est celle de savoir si le demandeur a présenté une incapacité de travail justifiant l'octroi d'indemnités journalières entières pour les mois de février à mars 2004.

Les conditions générales d'assurance de la caisse, "Assurance maladie collective perte de salaire" édition 1996 (ci-après : CGA), prévoient que l'assurance couvre, dans les limites des dispositions contractuelles, la perte de salaire résultant d'une incapacité de travail due à une maladie et attestée par un médecin (art. 2 CGA), l'incapacité de travail étant définie comme "l'impossibilité,

pour l'assuré, d'exercer une activité lucrative", et la maladie, comme "tout trouble involontaire du fonctionnement de l'organisme, médicalement décelable et qui n'est pas dû à un accident" (art. 1^{er} CGA).

En l'espèce, l'état de santé du demandeur a été investigué par différents médecins. Sur le plan physique, les divers avis médicaux sont concordants. Sur le plan psychique, le Dr W évoque un probable état dépressivo-anxieux réactionnel. Il n'est pas spécialiste en psychiatrie et ne suggère pas que le demandeur soit traité pour une telle affection qu'il n'estime que probable. Le Dr M, médecin traitant, n'a pas posé ce diagnostic, si ce n'est dans un certificat médical très sommaire daté du 20 juin 2004 et produit en procédure où il mentionne que l'incapacité de travail est totale, soit 50 % sur le plan psychique et 50 % sur le plan physique. Il ne mentionne pas traiter son patient pour l'affection psychique qu'il atteste. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 cons. 3b/cc et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante 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 352 cons. 3a, 122 V 160 cons. 1c et les références). Les principes développés par la jurisprudence concernent la valeur probante que le juge peut accorder à l'appréciation émise par le médecin désigné par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) ou par les autres assureurs participant à l'application de l'assurance-accidents obligatoire, eu égard notamment au principe de l'unité des assurances-sociales, sont applicables en matière d'assurance-maladie. Partant, les rapports émis par ces praticiens ont valeur de preuve s'ils ont été établis à un moment où

l'assureur concerné n'était pas partie à la procédure (ATF du 4 août 1999 dans la cause G.B. K175/98; ATF 120 357; 118 V 286; Maurer p. 165).

En l'occurrence, le rapport du Dr R est convaincant et détaillé. Il est conforme aux critères évoqués par la jurisprudence et il n'y a aucun motif de s'en écarter. Il y a dès lors lieu d'admettre que l'incapacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée. La défenderesse a trouvé un accord avec l'employeur du demandeur afin que celui-ci puisse travailler à 50 % sans porter de charges lourdes. Le fait qu'il ait à faire un long trajet en voiture paraît sans pertinence, dès lors que le demandeur pouvait utiliser les transports publics. Il lui appartenait de tout mettre en œuvre pour diminuer son dommage.

Dès lors, c'est à juste titre que la défenderesse a considéré que le demandeur présentait une capacité de travail résiduelle de 50 % pendant les mois de février à avril 2004 et qu'elle l'a indemnisé à raison de 50 % pendant lesdits mois.

Mal fondée, la demande doit ainsi être rejetée.

La valeur litigieuse étant inférieure à 8'000 francs, la présente cause ressortit à la compétence du juge instructeur statuant comme juge unique (art. 11 LTA).

**Par ces motifs,
la Présidente du Tribunal des assurances
prononce :**

I. La demande est rejetée.

La présidente :

D. Thalmou

Le greffier :

Pour Pascal Gillet
[Signature]

Du 26 MAI 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).

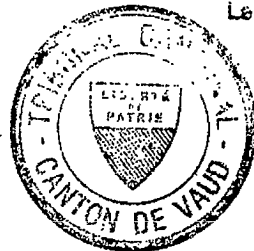
Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

Le greffier :

Paul Pascal Gillier
[Signature]

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier :



[Signature]