

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. B A U D, juge

Membres : MM. Berthoud et Hermanjat, assesseurs

Greffier : M. Steinmann, greffier-substitut

Jugement du 7 février 2006

dans la cause

X, demandeur,

contre

Y **ASSURANCES S.A.**, précédemment Z
ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS (ci-après : la compagnie ou
Y, défenderesse, représentée par l'avocat Didier Elsig,
audit lieu.

Art. 12 al. 3 LAMal; 33 LCA

En fait

A. X, né le 26 juillet 1952, a travaillé depuis le 1^{er} juillet 2001 en tant que représentant commercial pour le compte de la société A. Dans le cadre de cette activité, il bénéficiait d'une assurance collective perte de gain souscrite par son employeur auprès de Y (contrat n° XXX), dont la police prévoyait le versement d'une indemnité journalière de 171 fr. en cas de maladie.

Suite au démontage d'un stand à la foire de Martigny, le 8 octobre 2001, l'assuré a présenté des nuccalgies et des lombalgies. A partir du 11 octobre suivant, il a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail totale par son médecin traitant, le Dr R, spécialiste FMH en médecine interne, à St-Legier.

Du 10 novembre au 31 décembre 2001, soit durant 52 jours, la compagnie a servi à X de pleines indemnités journalières pour un montant total de 8'892 fr.

Dans un rapport du 20 décembre 2001, la Dresse T, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, à Vevey, a diagnostiqué chez l'assuré des cervicalgies sur troubles dégénératifs avec dysbalance musculaire, ainsi que des lombalgies mécaniques récurrentes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. Ce praticien précisait qu'il lui était difficile de se prononcer sur une éventuelle composante de surcharge psychogène chez l'intéressé, celui-ci étant en effet très réticent à aborder ce sujet.

L'assuré ayant été licencié par l'entreprise A pour le 31 décembre 2001, le contrat d'assurance collective perte de gain susmentionné a pris fin à cette même date.

B. a) Le 22 janvier 2002, X a déposé auprès de la compagnie une demande de passage en assurance individuelle. Dite demande a été acceptée, de sorte qu'un nouveau contrat a été conclu entre les parties, avec effet au 1^{er} janvier 2002 (contrat n° CCC).

La police applicable à ce contrat prévoyait le versement en faveur de l'assuré d'une indemnité journalière en cas de maladie de 171 fr., payable dès le 30ème jour d'incapacité de travail, durant au maximum 700 jours par cas. Dite police précisait en outre que les jours touchés sous l'empire du contrat XXX seraient "pris en considération".

b) Du 1^{er} janvier au 31 mars 2002, soit durant 90 jours, la compagnie a versé à X de pleines indemnités journalières, celui-ci ayant en effet été considéré - notamment sur la base de certificats médicaux établis par le Dr R - comme étant toujours totalement incapable de travailler au cours de cette période.

Après avoir examiné l'assuré, le médecin-conseil de la compagnie, le Dr H, spécialiste FMH en médecine interne, à Lausanne, a établi un rapport, en date du 26 février 2002, dont il ressort en substance les éléments suivants:

le diagnostic est celui de cervicalgies et de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs chez un patient présentant une probable structure caractérielle et paranoïaque de la personnalité;

l'intéressé présente une symptomatologie de douleurs cervicales et lombaires, apparue dans les suites d'un effort, probablement secondaire à des troubles statiques et dégénératifs;

cette situation nécessite la poursuite d'un arrêt complet de travail jusqu'au 31 mars 2002, date correspondant à la fin du traitement de physiothérapie intensive instauré. A partir du 1^{er} avril 2002 et durant un mois, le patient devra être apte à reprendre à 50 % une activité professionnelle légère, sans port de charges. Dès le 1^{er} mai 2002, une telle activité devra être pleinement exigible;

contacté par téléphone le 26 février 2002, le Dr R a pleinement adhéré au plan de reprise exposé ci-dessus.

c) Dès le 1^{er} avril 2002, la compagnie a réduit de moitié l'indemnité journalière allouée à X, l'incapacité de travail de ce dernier ayant été fixée à 50 % à partir de cette date par le Dr H.

Par courrier du 11 avril 2002, le Dr R a indiqué à Y que conformément au plan de reprise d'activité élaboré par le Dr H dans son rapport du 26 février précédent, il était prévu que l'assuré recouvre une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mai 2002. Il précisait toutefois que l'intéressé n'allait pas bien sur le plan psychique et qu'une évaluation de son état de santé aurait lieu prochainement.

Par lettre du 30 avril 2002, le Dr R a informé la compagnie qu'il attendait toujours les résultats de l'évaluation psychiatrique de l'assuré et que, dans l'intervalle, on ne pouvait exiger de son patient une pleine capacité de travail.

En date du 1^{er} mai 2002, le Dr W et E. B, respectivement médecin adjoint et psychologue auprès de la polyclinique psychiatrique de Clarens, ont fait parvenir au Dr R un rapport, dont il ressort que X présente des éléments dépressifs qui ne sont exprimés qu'à minima et qu'il ne peut entrer dans une démarche thérapeutique. Les signataires de ce rapport considéraient que, dans ces circonstances, il n'y avait pas de sens à poursuivre la certification d'une incapacité de travail en faveur de l'assuré.

Dans un rapport du 27 mai 2002, la Dresse T a relevé la présence chez l'intéressé de cervicalgies latéralisées à gauche, persistantes, sans syndrome cervico-vertébral ni syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. En conclusion, ce praticien considérait que, sur le plan musculo-squelettique, il n'y avait pas d'indication à prolonger l'incapacité de travail de l'assuré.

Se référant aux deux rapports susmentionnés et à celui du Dr H du 26 février 2002, la compagnie a, dans un premier temps, mis un terme au versement de ses prestations en faveur de X, à compter du 1^{er} mai 2002.

Le Dr R ayant, par des certificats médicaux des 3 juin et 8 juillet 2002, attesté la présence chez l'intéressé d'une incapacité de travail totale du 16 au 31 mai 2002 et de 50 % au cours du mois de juin 2002 et, par fax du 13 août 2002, précisé qu'il considérait son patient comme définitivement rétabli dès le 1^{er} juillet 2002, la compagnie a, par courrier du 22 août 2002, accepté de prolonger "à titre exceptionnel" le versement de ses indemnités journalières à 50 % jusqu'au 30 juin 2002.

En conséquence, entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2002, soit durant 91 jours, X a perçu de la compagnie une indemnité journalière de 85 fr. 50 (171/2).

d) Dès le 13 novembre 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'une nouvelle incapacité de travail totale par son nouveau médecin traitant, le Dr M, spécialiste **FMH** en médecine interne, à La Tour-de-Peilz.

Par courrier du 19 novembre suivant, X a sollicité de Y la reprise du versement de pleines indemnités journalières en sa faveur.

Après avoir réexaminé l'assuré, le Dr H a établi un second rapport, en date du 24 février 2003, dont il ressort en particulier les éléments suivants :

le diagnostic est celui de cervicalgies et de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs chez un patient confronté à de graves difficultés professionnelles et financières et présentant une probable structure caractérielle et paranoïaque de la personnalité;

l'intéressé traverse une situation professionnelle et secondairement financière extrêmement difficile qui entraîne une souffrance psychique probablement profonde, mais que sa structure de personnalité interdit d'exprimer, tout en l'empêchant d'entrer dans une véritable démarche psychothérapeutique. Dans ce contexte, la certification médicale actuelle n'a aucun sens;

ainsi, il n'existe, depuis juin 2002 et jusqu'à ce jour, aucune indication à une incapacité professionnelle d'ordre psychologique ou rhumatologique;

au vu des troubles de la personnalité présentés, il n'y a pas lieu d'entrer en négociation avec l'assuré qui admet clairement n'avoir jamais cessé de rechercher un emploi et qui se dit prêt à débiter dès demain tout travail qu'il pourrait trouver.

Par courrier du 18 mars 2003, le Dr M a contesté le contenu du rapport du Dr H du 24 février précédent, en estimant qu'en raison d'un état dépressif majeur, X était totalement incapable de travailler. Ce praticien notait que l'assuré était non seulement toujours déprimé mais qu'il semblait en plus développer un délire de persécution bien structuré. Il précisait en outre que le fait que l'intéressé refuse une prise en charge psychiatrique ne faisait pas de lui une personne moins malade.

Par lettre du 30 avril 2003, la compagnie a considéré que l'avis du Dr M n'apportait aucun élément scientifique permettant de mettre en doute les conclusions posées par le Dr H dans son rapport du 24 février 2003. Partant, Y maintenait son refus d'allouer des indemnités journalières en faveur de X pour la période postérieure au 30 juin 2002.

Dans un rapport daté du 7 juillet 2003, le Dr M a considéré que l'assuré présentait un trouble de la personnalité, un délire de persécution et une thymie dépressive. Ce praticien indiquait que si, durant l'automne 2002, la capacité de travail de X était clairement nulle, il ne pouvait s'exprimer sur le pourcentage actuel de celle-ci, dès lors qu'il n'avait pas revu l'intéressé depuis le 8 avril 2003. Par ailleurs, il relevait que le trouble de la personnalité présenté par l'assuré tendait à augmenter avec l'âge et que le type de délire constaté avait tendance à s'enkyster, de sorte qu'il y avait lieu de craindre une évolution vers une incapacité de travail permanente. Sur le plan rhumatologique, le Dr M précisait que les douleurs cervicales dont

souffrait l'intéressé correspondaient à une atteinte anatomique sévère justifiant de temps à autre des incapacités de travail temporaires.

Par courrier du 26 mars 2004, la compagnie a renoncé à invoquer la prescription relative aux créances issues du contrat d'assurance KTA CCC, et ce, jusqu'au 31 décembre 2005.

Mandaté en qualité d'expert par l'assuré, le Dr S, psychiatre FMH, à Lausanne, a établi un rapport, en date du 23 août 2004, dans lequel il indiquait qu'en raison d'un trouble dépressif récurrent de degré sévère et d'un délire de relation chez une personnalité sensitive, la capacité de travail de X avait été nulle, de manière continue, du 1^{er} juillet 2002 jusqu'à la date de l'établissement dudit rapport.

C. Par demande du 10 décembre 2004, X, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Olivier Carré, a ouvert action devant le Tribunal des assurances, en concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que Y soit reconnue sa débitrice de la somme de 92'767 fr. 50, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} mars 2003. Ce montant représentait la contre-valeur de 730 indemnités journalières de 171 fr. chacune, sous déduction, d'une part, des 141 indemnités journalières pleines versées du 10 novembre au 31 décembre 2001 (sous l'empire du contrat XXX) et du 1^{er} janvier au 31 mars 2002 (sous l'empire du contrat n° PPP) et, d'autre part, des 91 demi-indemnités journalières versées du 1^{er} avril au 30 juin 2002.

X faisait en effet valoir que son incapacité de travail avait été totale, sans discontinuer, du 10 octobre 2001 jusqu'au jour du dépôt de sa demande. Partant, il réclamait de la défenderesse, d'une part, une somme de 7'780 fr. 50 correspondant au solde des indemnités journalières dues en sa faveur entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2002 (85 fr. 50 x 91 jours) et, d'autre part, un montant de 84'987 fr. représentant des indemnités journalières totales dues pour la période allant du 1^{er} juillet 2002 jusqu'au terme de sa couverture d'assurance (497 jours x 171 fr.).

Dans sa réponse du 22 juillet 2005, Y a conclu, avec dépens, au rejet des conclusions de la demande du 10 décembre 2004. Elle relevait en substance que, depuis le 1^{er} juillet 2002, X ne présentait plus aucune maladie ou incapacité de travail, de sorte qu'elle était fondée à mettre fin au versement de ses prestations à compter de cette date.

D. Une audience d'instruction a eu lieu le 16 septembre 2005, au cours de laquelle un délai au 31 octobre suivant a été accordé aux parties afin de leur permettre d'aboutir à une éventuelle transaction.

E. Une solution transactionnelle n'ayant pu être trouvée, une audience de jugement a été tenue en date du 7 février 2006.

Les parties ont confirmé leurs conclusions.

En droit

1 a) Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal.

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 [RSV 173.431]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 1124). La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a d'ailleurs été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt SP c. S Assurances, du 24 juin 1998, no 257/1998, in : JT 1999 III 106, consid. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II^e Cour civile.

b) 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 de la loi fédérale sur la surveillance des assurances [LSA]; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998, n° KV 35, p. 290; ATF 123 V 324, consid. 3a, RAMA 1998, n° KV 22, p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5; 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, in Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss, 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](#)).

c) En l'occurrence, il est constant que le litige se rapporte à une assurance-maladie complémentaire relevant de la LCA, souscrite par le demandeur auprès de la compagnie. De plus, l'assuré agit par la voie de la demande auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

L'autorité de céans est donc compétente pour examiner ladite demande et cette dernière est recevable.

2. Seule est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que le demandeur requiert de la défenderesse le versement d'indemnités journalières entières pour la période allant du 1^{er} avril 2002 jusqu'au terme de sa couverture d'assurance.

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 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 ss; Recueil de travaux, op. cit., p. 673).

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) Pour examiner la question du versement des indemnités journalières, il convient de prendre en compte les dispositions topiques relatives auxdites indemnités, contenues dans les conditions générales de la compagnie, applicables à l'assurance d'indemnité journalière conclue à titre individuel, édition 2002 (ci-après CGA).

b) Selon l'article 3 ab initio des CGA, la compagnie couvre les conséquences économiques de l'incapacité de travail, dans les limites définies par lesdites CGA.

Il y a incapacité de travail lorsque par suite de maladie ou d'accident couverts par l'assurance, le preneur d'assurance n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité professionnelle que l'on peut raisonnablement exiger de lui (art. 8 CGA).

Est considéré comme étant une maladie tout trouble de la santé survenant indépendamment de la volonté du preneur d'assurance et médicalement décelable, qui ne résulte ni d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilable à un accident, ni d'une maladie professionnelle au sens de l'assurance-accidents obligatoire (art. 9 ab initio CGA).

Par accident, il faut entendre toute atteinte dommageable, soudaine et indépendante de la volonté du preneur d'assurance, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Les lésions corporelles présentant le caractère d'accidents et les maladies professionnelles au sens de l'assurance-accidents obligatoire sont assimilées à des accidents (art. 10 CGA).

c) Il ressort de l'article 13 des CGA, relatif aux prestations allouées en cas d'incapacité de travail, notamment ce qui suit :

l'assurance consiste en une indemnisation limitée à 80 % du dernier salaire AVS assuré dans le cadre du contrat collectif d'indemnité journalière ou, en cas de chômage, à 90 % de l'indemnité journalière à laquelle le preneur d'assurance a droit (al. 1er);

le droit aux prestations prend naissance dès qu'une incapacité de travail ininterrompue d'au moins 50 % a duré plus longtemps que le délai d'attente fixé dans la police. Il s'éteint au plus tard à l'expiration de la durée convenue. Les prestations sont allouées proportionnellement au degré d'incapacité de travail; elles ne sont pas dues si l'incapacité est inférieure à 50 % (al. 2);

la durée du droit aux prestations est fixée dans la police (al. 4 1ère phrase);

si, par suite d'incapacité de travail partielle, de versement de prestations par des tiers, les prestations sont réduites ou si des prestations ont déjà été versées en application du contrat d'assurance collective, les jours correspondant à ces prestations sont comptés comme entiers pour le calcul de la durée des prestations restantes (al. 4 in fine).

5. En matière d'assurances sociales, le juge examine de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décide 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 consid. 3a et 11^{es} 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 consid. 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, consid. 3b ee 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, un tel praticien tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 124 1175 consid. 4 et les réf. citées).

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 consid. a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 de la Constitution fédérale (Cst) (ATF 106 la 162 consid. 2b; RAMA 1985 no K 646 p. 238 consid. 2d).

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

6. a) En l'espèce, il convient dans un premier temps d'examiner si c'est à bon droit que la compagnie a alloué au demandeur, durant la période allant du 1^{er} avril au 30 juin 2002, des demi-indemnités journalières de 85 fr. 50 chacune, soit au total 7'780 fr. 50 (85 fr. 50 x 91 jours). En d'autres termes, il s'agit de déterminer quelle a été la capacité de travail de l'intéressé entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2002, l'indemnité journalière étant en effet allouée proportionnellement au degré d'incapacité de travail, selon l'article 13 alinéa 2 des CGA de la défenderesse.

b) Dans son rapport du 26 février 2002, le Dr H a considéré qu'il y avait lieu de reconnaître une capacité de travail de 50 % en faveur de l'assuré dès le 1^{er} avril 2002, dite capacité devant ensuite être considérée comme entière à compter du 1^{er} mai suivant.

Les conclusions de ce praticien sont corroborées par celles du Dr W et de la Dresse T, lesquels ont considéré, dans leurs rapports respectifs des 1^{er} et 27 mai 2002, qu'il n' y avait plus lieu de reconnaître une quelconque incapacité de travail en faveur de l'intéressé.

Certes, le Dr R a, dans son certificat médical du 3 juin 2002, attesté la présence d'une incapacité de travail totale chez le demandeur du 16 au 31 mai 2002; toutefois, on ne saurait se baser sur cet avis, dès lors qu'il n'est pas motivé. En outre, il convient de prendre en compte le fait qu'il émane

d'un médecin traitant, lequel tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (cf. ATE 124 1175 consid. 4).

En conséquence, il y a lieu de se référer à l'estimation de la capacité de travail posée par les Dr H et W et par la Dresse T, les rapports établis par ces praticiens satisfaisant en effet — à l'inverse des certificats médicaux du Dr R - aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante.

c) Partant, l'autorité de céans considère que la capacité de travail de l'assuré n'a jamais été diminuée de plus de 50 % entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2002. Au contraire, il apparaît que dite capacité était même entière au cours des mois de mai et de juin 2002, de sorte que les demi-indemnités journalières allouées par la compagnie au cours de ces mois-ci ont en réalité été versées à bien plaisir. Il n'y a toutefois pas lieu de se prononcer sur une éventuelle obligation de l'intéressé de restituer ces prestations, la défenderesse n'ayant pris aucune conclusion en ce sens. En revanche, le demandeur ne peut prétendre au versement par la compagnie de prestations supplémentaires pour la période allant du 1^{er} avril au 30 juin 2002.

7. a) Il convient dans un second temps d'examiner si l'assuré a droit à des indemnités journalières pour la période postérieure au 30 juin 2002 et, dans l'affirmative, de quel taux.

b) Dans son rapport du 24 février 2003, le Dr H a observé chez l'assuré des cervicalgies et des lombalgies chroniques ainsi qu'une probable structure caractérielle de la personnalité. Ce praticien a toutefois précisé que depuis juin 2002 et jusqu'au jour de l'établissement dudit rapport, la capacité de travail de l'intéressé avait été entière, aussi bien sur le plan psychologique que du point de vue rhumatologique.

c) Le rapport du Dr H, du 24 février 2003, repose sur une anamnèse et des examens médicaux complets et approfondis. Il prend en compte les plaintes et l'entier de la symptomatologie de l'assuré. Ses

conclusions sont par ailleurs bien motivées. Dès lors, il y a lieu de lui accorder pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

Au demeurant, les conclusions formulées par le Dr M dans son courrier du 18 mars 2003 et dans son rapport du 7 juillet suivant — contestant les conclusions du Dr H et considérant l'assuré comme ayant été totalement incapable de travailler durant l'automne 2002 — ne doivent pas être retenues, dès lors qu'elles émanent du médecin traitant de l'intéressé (cf. ATF 124 1175 consid. 4).

De même, l'avis du Dr S - lequel estime, dans son rapport du 23 août 2004, que l'incapacité de travail du demandeur a été totale, de manière continue, du 1^{er} juin 2002 jusqu'au terme de sa couverture d'assurance - ne saurait prévaloir sur celui exprimé par le Dr H. En effet, le Dr S indique avoir fondé ses conclusions sur l'entretien qu'il a eu avec l'assuré en date du 7 juin 2004, sur un entretien téléphonique avec le Dr M du 23 août 2004 ainsi que sur divers documents lui ayant été remis par l'ancien conseil du demandeur. En conséquence, le rapport du 23 août 2004 ne repose pas sur des examens médicaux complets et approfondis, de sorte qu'il ne satisfait pas aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante. Partant, l'on ne saurait se fonder sur les conclusions qui en émanent, ce d'autant que l'on voit mal comment le Dr S peut, sur la seule base d'entretiens, attester de manière fiable la présence d'une incapacité de travail totale depuis juin 2002, soit plus de deux ans avant la date d'établissement de son rapport.

En conséquence, l'autorité de céans se rallie aux conclusions du Dr H et considère ainsi que la capacité de travail du demandeur a été entière en tous les cas depuis le mois de juin 2002, aussi bien sur le plan somatique que du point de vue psychique.

d) Partant, la compagnie était en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières à partir du 1^{er} juillet 2002, date à laquelle il ne subsistait plus aucun événement présentant le caractère de risque contre les conséquences duquel l'assurance en cause avait été conclue.

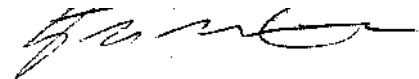
8. Au vu de ce qui précède, les conclusions du demandeur doivent être intégralement rejetées.

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

- I La demande est rejetée.
- II Toutes autres ou plus amples conclusions sont écartées.

Le président :

Le greffier :



Du **5 MAI** 2006

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature 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 :

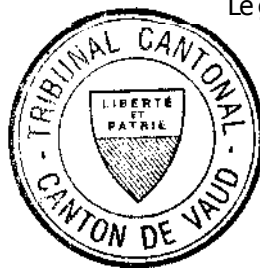
- a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;
- b. L'indication 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:



Le greffier :