

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R , juge

Membres : Mmes Maire et Thalmann, juges

Greffier : M. Pagan, greffier-substitut

Jugement du 19 avril 2006

dans la cause

X, à S, représenté par l'avocate Claire Charton, à
Lausanne, demandeur,

contre

Y Assurances (ci-après : la Y
Assurances), à L, défenderesse.

Art. 12 LAMal et 61 LCA

En fait

A. X, né en 1965, marié et père de deux filles, a, après une formation de serrurier sur le tas au Portugal, travaillé à plein temps en qualité d'aide-rotativiste au Centre d'Impression E SA, du 1^{er} novembre 1990 au 31 mars 2002. Il a été licencié par lettre du 29 juin 2001 pour le 31 mars 2002 en raison de ses fréquentes absences maladie. A l'appui de ce licenciement, l'employeur a relevé qu'il n'était pas possible de lui trouver un poste sans port de charges ni sollicitation du dos, tel que formulé par son médecin traitant le Dr L, médecin généraliste FMH.

X était assuré auprès de "S" Assurances au titre de son activité salariée. Sa couverture d'assurance procédait d'un contrat collectif pour perte de gain régi par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), souscrit par l'employeur au bénéfice de l'ensemble de son personnel.

Depuis le 3 octobre 2000, l'assuré a connu diverses périodes d'incapacité de travail, totale ou partielle (50 %) en raison de lombalgies chroniques.

Dans un rapport du 31 octobre 2000, la Dresse C, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a constaté, à l'examen clinique, un syndrome lombo-vertébral sans irradiation radiculaire, relevant en outre que le patient avait été sujet à plusieurs reprises ces dernières années de problèmes ostéo-articulaires avec parfois des évolutions relativement longues qui lui avaient paru "disproportionnées par rapport aux constatations objectives"; elle lui a proposé la continuation du traitement de physiothérapie " en insistant sur la très probable possibilité de reprendre le travail d'ici deux trois semaines".

X a notamment été examiné, lors d'un séjour au Service de traitement et de réadaptation de l'Hôpital d'O du 26 février au 16 mars 2001, par le Dr A, médecin-chef, qui, dans son rapport du 16 mars 2001, a diagnostiqué des douleurs lombaires para-vertébrales droites

persistantes d'origine indéterminée. Ce médecin a noté avoir rencontré d'assez grandes difficultés dans le programme de reconditionnement en raison du syndrome douloureux, fluctuant, et "au vu d'une collaboration difficile chez un patient assez revendicateur"; au terme du séjour, aucune amélioration n'était constatée, la douleur étant toujours cotée à 9 sur une EVA, ce qui paraissait aux médecins de l'hôpital "largement disproportionné par rapport à [leur] impression clinique", et ni la mobilité, ni la force musculaire n'avaient progressé, "ce qui est toujours étonnant au terme de 3 semaines de prise en charge intensive". Le Dr A n'avait "aucune explication pour ce syndrome douloureux, hormis la présence de discrètes discopathies dorsales basses". Le patient se disant dans l'incapacité de reprendre son activité, une IRM s'imposait et serait effectué le 22 mars 2001 à Yverdon-les-Bains; "si cet examen ne [révélaient] pas de paramètre organique sérieux, il n'y aurait aucun élément justifiant la poursuite de l'incapacité de travail". A la suite d'une IRM lombaire et dorsale basse exécutée le 22 mars 2001, le Dr R, radiologue auprès du Centre Hospitalier C, n'a révélé, dans son rapport du 23 mars 2001, ni déformation radiculaire, ni "probablement" de conflit; il a conclu à un canal lombaire étroit modéré de L3 à S1, à prédominance congénitale mais également avec composante d'hypertrophie des articulations postérieures, à des relâchements discaux de L3 à L5 mais sans hernie significative, de même qu'à une suspicion d'une maladie de Cacchia Ricci du rein gauche, investiguer au moins par ultrason rénal.

Dans un rapport du 26 avril 2001, le Dr H, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une douleur para-dorsale et lombaire droite chronique d'origine indéterminée, estimant au surplus que l'intéressé " [présentait] une anamnèse de douleur intense irradiant selon un trajet non anatomique, exacerbée au moindre effleurement, ayant un retentissement fonctionnel majeur avec un AT (réf. : arrêt de travail) complet depuis maintenant 7 mois, résistante à tous les traitements entrepris et pour laquelle l'ensemble très complet des examens réalisés [n'avaient] pas permis de mettre en évidence d'étiologie chez ce patient revendicateur et caractériel". Dans l'attente des résultats définitifs des investigations d'un autre médecin concernant une éventuelle maladie de Cacchia Ricci, le Dr H a proposé au patient la poursuite de son arrêt de travail jusqu'au 13 mai 2001,

considérant qu'à cette date et en l'absence hautement probable d'éléments péremptoires supplémentaires il n'existera aucune raison au maintien d'un AT même partiel"; il a indiqué de surcroît que ces propositions avaient été admises comme justes et adéquates par le Dr L, contacté par téléphone le 27 avril 2001.

Par lettre du 1^{er} mai 2001, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il ressortait d'un entretien entre celui-ci et le médecin-conseil adjoint de l'assurance qu'à partir du 13 mai 2001, il n'existera plus de symptomatologie contre-indiquant une reprise complète du travail", ce dont avait été aussi informé le médecin traitant; "S" Assurances a en conséquence confirmé mettre un terme à ses prestations à ladite date.

Le 15 mai 2001, l'intéressé a consulté, pour un récurrence aiguë de lombalgies chroniques, les médecins de l'Hôpital de SP, qui l'ont placé en arrêt de travail de 100 % du 15 au 20 mai 2001. Après l'avoir revu pour un état infectieux (angine, bronchite) en mai 2001, le Dr L a prolongé son arrêt de travail à 100 % jusqu'au 4 juin 2001, puis à 50 % du 5 au 16 juin 2001. Figurent en outre au dossier un certificat médical de ce médecin traitant du 19 juin 2001, attestant une incapacité de travail à 50 % du 19 au 24 juin 2001, un autre du 26 juin 2001, prévoyant une reprise du travail à 50 % le jour même, enfin un autre daté du 16 juillet 2001 indiquant une incapacité de travail à 100 % dès le jour même, avec reprise du travail complète le 23 juillet suivant. Par ailleurs, dans un certificat médical du 19 juin 2001, le Dr L a certifié que son patient "devrait pouvoir bénéficier d'un travail sans port de charges lourdes ni sollicitations très importantes de son dos". Dans une lettre du 10 juillet 2001 adressée au Dr I, médecin-conseil de "S" Assurances, le Dr L a expliqué qu'il considérait une reprise de travail à plus de 50 % difficile, mais qu'il tentait une reprise à temps complet à partir du 16 juillet 2001.

Selon une lettre à l'assuré du 12 juillet 2001, "S" Assurances a cessé de verser ses prestations pour perte de gain le 15 juillet 2001, sur la base notamment de l'avis du Dr H, précisant en outre qu'à partir de la fin mai 2001, elle avait "poursuivi une indemnisation bénévole au taux de

50 % jusqu'au 30 juin 2001". X a repris le travail à 100 % du 23 juillet au 3 septembre 2001, date à partir de laquelle il est en incapacité de travail totale, selon certificat médical du Dr L du 5 septembre 2001 et rapport de ce même médecin du 11 juillet 2002.

Selon le contrat d'assurance perte de gain passé entre l'employeur et "S" Assurances, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2001, une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail était versée à hauteur de 90 % du salaire, payable dès le 181ème jour, pendant 550 jours par cas.

L'employeur de X lui a versé son salaire du mois de juillet 2001 jusqu'au 31 mars 2002.

"S" Assurances a, initialement, versé quarante-trois indemnités journalières à 100 % du 3 octobre 2000 au 13 mai 2001 à l'employeur de l'assuré, subrogé dans les droits de celui-ci à concurrence du salaire versé durant les périodes d'incapacité de travail; la durée globale d'incapacité totale est de 223 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 180 jours. Ultérieurement, elle a versé dix-huit autres indemnités journalières entières en main de l'assuré (du 14 au 31 mai 2001), puis quatre indemnités journalières entières (du 1' au 4 juin 2001), vingt demi-indemnités journalières (du 5 au 24 juin 2001), puis six demi-indemnités journalières (du 25 au 30 juin 2001) et encore quinze demi-indemnités journalières, ce du 1' au 15 juillet 2001 et en vertu d'un décompte du 12 juillet précédent. Ces différents versements se réfèrent uniquement à l'incapacité ayant débuté le 3 octobre 2000. Aucun décompte de cet assureur n'étaye le versement d'indemnités pour une période ultérieure; bien plutôt, "S" Assurances a, par lettre adressée à l'assuré le 12 juillet 2001, mis un terme définitif à ses prestations au 15 juillet suivant. Les parties admettent cependant que l'assuré a été déclaré totalement incapable de travailler par avis médical du 16 au 22 juillet 2001; comme déjà indiqué, l'intéressé a repris le travail du 23 juillet au 2 septembre 2001 et excipe de certificats médicaux lui reconnaissant une incapacité de travail depuis le 3 septembre 2001.

Le contrat d'assurance entre E SA et "S" Assurances a pris fin au 31 décembre 2001; un nouveau contrat collectif pour perte de gain en cas de maladie a été conclu entre l'employeur et la Y Assurances. Il est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Ledit contrat est régi par les conditions générales du 1^{er} janvier 2002, les conditions particulières n° 101 et 5606, ainsi que par la LCA.

Aux termes des conditions générales, l'incapacité de travail due à une maladie qui est en cours lors de la prise d'effet de la couverture d'assurance n'est pas assurée, sous réserve du libre-passage entre assureurs, soit lorsqu'une personne doit entrer dans une assurance collective conclue auprès de la Y Assurances à la suite d'un changement d'assureur (art. 3.1, 1^{er} tiret, et 15.1, 2^{ème} tiret). En particulier, la Y Assurances a, dans les limites de son assurance collective, l'obligation de garantir à la personne changeant d'assurance la couverture qui lui était accordée jusqu'alors (art. 15.2, 1^{er} tiret). Cette obligation présuppose un droit de libre-passage qui découle de la convention de libre-passage conclue entre les assureurs de l'Association Suisse d'Assurances (ci-après : ASA) entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002 et à laquelle les deux assureurs en question ont adhéré, puisque faisant partie de l'ASA.

Par lettre du 17 avril 2002, la Y Assurances a communiqué é X que, selon l'avis de son médecin-conseil, le Dr F, il était "entièrement apte à reprendre une activité professionnelle" et que, s'il le souhaitait, il avait la possibilité de demander le passage en assurance individuelle, é condition d'en faire la demande dans les 30 jours qui suivent la fin des rapports de travail.

Le 26 avril 2002, l'intéressé a été examiné par le Dr V, médecin interniste FMH et rhumatologue à Lausanne, qui l'avait adressé en septembre 2001 à la Dresse B, psychiatre, constatant des troubles anxieux et dépressifs. Le Dr V a établi son rapport le 2 mai 2002, dans lequel il a posé les diagnostics de douleurs para-vertébrales lombaires hautes droites, persistantes d'origine indéterminée, de séquelles de la maladie de Scheuermann avec herniation de Schmorl de L3 à S1, ainsi que de canal

lombaire rétréci congénitalement de L3 à S1 (pédicules courts) avec une hypertrophie modérée des articulations postérieures en L3-L4, L4-L5 sans déformation radiculaire. Ce praticien a fait notamment état de ce qui suit "L'examen que j'ai réalisé au plan clinique au mois de juillet 2001 et le 26.04.02 est tout à fait superposable et je relève essentiellement un syndrome vertébral lombaire modéré avec des douleurs localisées au niveau para-vertébral lombaire haut du côté droit, persistante depuis le mois de septembre 2000." Ne trouvant pas d'explication pour l'ampleur du syndrome douloureux du patient, le Dr V s'est posé la question d'un facteur non somatique, surajouté; il a ajouté que l'on ne pouvait pas évoquer une incapacité de travail totale pour des motifs purement rhumatologiques, de sorte qu'il y avait une comorbidité psychologique dont il fallait tenir compte.

Le 7 juin 2002, X a déposé une demande de reclassement et de rente auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison d'atteintes aux vertèbres et de troubles dépressifs, présents depuis le mois d'octobre 2000.

Dans un rapport établi le 8 juillet 2002 à l'intention de l'OAI, le Dr L a posé les diagnostics de douleurs para-vertébrales lombaires d'origine inconnue, de canal lombaire étroit et d'état dépressif, présents depuis 2000. Dans un rapport daté du 11 juillet 2002, ce même praticien a diagnostiqué un état dépressif et des lombalgies chroniques, entraînant une incapacité à 100 % dans sa profession habituelle, comme dans toute autre emploi.

Dans un rapport adressé le 1^{er} octobre 2003 au conseil de X, son psychiatre traitant depuis le 20 janvier 2003, le Dr Q, psychiatre-psychothérapeute FMH, a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'état de santé du patient étant incompatible avec une activité professionnelle.

B. Par demande du 3 octobre 2003, X a saisi le Tribunal des assurances. Il a conclu au versement, par la Y

Assurances, de la somme de 97'030 fr. 15, valeur échue, au titre d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} avril 2002 au 31 octobre 2003.

Dans sa réponse du 24 novembre 2003, la défenderesse a, principalement, soulevé l'exception de prescription et, subsidiairement, conclu au rejet de la demande avec suite de frais et dépens. Elle a fait valoir, s'agissant de sa conclusion principale, que la prescription était acquise au plus tard le 31 mars 2003 et qu'elle était fondée à s'en prévaloir au 3 octobre 2003.

Par réplique du 27 février 2004 et duplique du 8 mars 2004, les parties ont chacune maintenu leurs conclusions de principe respectives. Le demandeur a, en particulier, requis une expertise médicale pour établir sa capacité de travail résiduelle; la défenderesse a complété sa réponse et requis de l'autorité de céans qu'elle statue à titre préjudiciel sur la question de l'exception de prescription.

Par jugement du 30 avril 2004 (AMC 25/03 — 23/2004), le tribunal de céans a rejeté les conclusions de la demande, reconnaissant certes les légitimations active et passive respectives des parties, mais considérant à titre préjudiciel que la prescription était acquise.

Admettant le recours en réforme formé le 26 janvier 2005 par le demandeur, en confirmant les légitimations active et passive respectives des parties, mais en retenant que la prescription n'était pas intervenue, le Tribunal fédéral (ci-après : le TF) a, par arrêt du 21 avril 2005 (cause 50.42/2005), annulé le jugement entrepris et renvoyé la cause à l'autorité de céans pour complément d'instruction et nouveau jugement dans le sens des considérants.

C. Le contrat collectif et les conditions d'assurance y applicables ont été produits, s'agissant des polices conclues auprès des deux assureurs impliqués. La défenderesse s'est déterminée sur le fond le 1^{er} juillet 2005.

Le dossier AI a également été versé à la procédure en copie. Y figure notamment un rapport établi le 20 juillet 2004 par la Dresse M, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et la Dresse A,

psychiatre FMH, du Service médical régional AI (ci-après SMR), à la suite d'un examen clinique bidisciplinaire accompli le 29 juin 2004. Ces deux médecins ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail d'une part, des lombosciatalgies droites chroniques non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble de la statique rachidienne, un status post maladie de Scheuermann dorso-lombaire, un canal lombaire étroit modéré L3 à S1, des relâchements discaux L3-L4 sans hernie discale significative et une dysbalance musculaire; d'autre part, des cervicobrachialgies droites dans le cadre d'un discret trouble de la statique rachidienne, d'une hernie discale C5-C6 paramédiane gauche luxée vers le haut et le bas non déficitaire et de lésions dégénératives mineures avec rétrécissement du canal rachidien C5-C7 discret. Il n'y avait pas d'affection psychique. Les Dresses M et A ont noté une nette amplification des symptômes. Elles ont en outre entre autres constaté, sur la base d'une description de la vie quotidienne de l'intéressé, que son environnement psychosocial était intact; à cela s'ajoutait l'absence de véritable sentiment de détresse chez la personne examinée et l'absence d'effet des plaintes sur l'examineur, ainsi que l'inexistence d'une comorbidité psychiatrique. Objectivement, il n'existait donc pas de raisons médicales pour une incapacité de travail, même partielle, mais tout au plus quelques limitations fonctionnelles depuis mai 2001 en relation avec les légers troubles de la statique rachidienne et la présence d'une hernie discale cervicale (évitement de la position prolongée en rotation-flexion ou porte-à-faux du tronc ainsi qu'en rotation-extension maximale de la colonne cervicale, limitation du port de charge à 15 kg et à 20 kg occasionnellement, changement si possible régulier de position); il fallait admettre que "le travail comme serrurier ou comme aide-rotativiste est probablement un peu trop lourd et s'effectue surtout dans des positions trop vicieuses pour l'atteinte objective de la colonne rachidienne"; on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré, encore jeune, qu'il fasse un effort pour se reconditionner et se réinsérer dans une activité professionnelle, ceci sans délai. Un rapport complémentaire a été rendu le 19 août 2004 par la Dresse U, également du SMR, qui a recommandé la mise en oeuvre de mesures professionnelles, ce qui a effectivement été fait par la suite.

Invitées à se déterminer sur le dossier AI, les parties ont chacune maintenu leurs conclusions, le demandeur le 30 septembre 2005 et la défenderesse le 6 octobre 2005.

Enfin, le Juge instructeur a interpellé en date du 19 octobre 2005 la défenderesse en l'invitant à produire l'ensemble des dispositions contractuelles liant "S" Assurances, observant que, *prima facie*, aucune définition de la maladie, ni aucune délimitation de l'obligation de limiter le dommage ne semblent figurer dans les pièces produites. La Y a répondu à cette demande les 27 et 28 octobre 2005. Par lettre du 20 avril 2006, le demandeur a estimé que le dossier est complet.

En droit

1. a) Dans un arrêt S. P. contre "S" Assurances, du 24 juin 1998 (JT 1999 III 106), 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 et suivants LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; il importe peu qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1^{er} LAMal (JT 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, in JT 2000 III 79 ss, et les références citées; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, dans : Colloques et journées d'étude 1999-2001, éditions IRAL, Lausanne 2002, pp. 757 ss, spéc. 763 ss).

Un recours en réforme interjeté par "S" Assurances contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la I^{le} Cour civile (réf. 5C.26/1999).

b) Le présent litige relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 (RSV 2.2 D; JT 1999 III 106, c. 4 et 5). La valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

c) 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 LCA.

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. 85 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance [LSA]; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998 KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198).

d) La demande est, partant, recevable (cf. TAss VD, M. D. C. S. c. S, jugement du 28 novembre 2003, AMC 16/01 — 11/2004, c. 1).

2. Les légitimations active et passive respectives des parties ont déjà été admises, au titre du libre-passage, en application notamment de l'article 87 LCA, tant par l'autorité de céans que par le TF.

3. En l'espèce, Le demandeur allègue une incapacité de travail en cours au 1er janvier 2002; le dossier établit en effet une incapacité depuis le 3 octobre 2000. Si elle devait être admise à raison de la même affection, le maintien des droits acquis impliquerait l'application du contrat avec "S" Assurances.

4. a) La première question à trancher est donc celle de savoir s'il y a eu un changement dans la nature de l'affection à l'origine de l'incapacité de travail alléguée.

Tel n'est pas le cas, au vu notamment du dossier AI, qui établit des douleurs dorsales dues à des séquelles de maladie de Scheuermann et à un canal lombaire étroit, ce depuis l'automne 2000 et qui ont perduré dès le début de l'année 2002 (cf. le rapport du Dr V du 2 mai 2002).

b) Il s'ensuit que les conditions d'assurance de "S" Assurances régissant l'assurance-maladie collective pour perte de salaire sont applicables au détriment de celles de la défenderesse.

5. **a)** Pour ce qui est de la notion de maladie, l'article 4.1 alinéa 1^{er} des conditions générales applicables à l'assurance-maladie collective de "S" Assurances (ci-après : CGA) prévoit que l'assurance s'étend aux maladies, c'est-à-dire aux troubles de la santé qu'un médecin peut constater sur la base de signes objectifs; sous les mêmes conditions, elle s'étend au déclin des facultés mentales et physiques.

Interpellée par le juge instructeur quant aux conditions spéciales, la défenderesse a, par écritures des 27 et 28 octobre 2005, fait savoir que le contrat et les conditions générales de "S" Assurances ne semblent pas comporter de définition de la maladie, de sorte que, suivant l'avis de la doctrine, il faudrait, en pareil cas, "se référer au sens courant du terme, et non pas à son sens médical; mais, pour savoir si telle affection constitue une maladie, on doit se fonder sur le sens médical du terme, comme en matière d'assurance-maladie sociale" (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, Lausanne 2000, ad art. 1^{er} LCA, p. 86, et les références citées).

Le TF considère que, selon la définition communément admise, on entend par maladie toute atteinte à la santé qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (cf. art. 2 al. 1^{er} de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal]). Or, dans le cas tranché par la Haute Cour, il était constant que les "banales lombalgies" dont le demandeur avait souffert par le passé, et qui constituaient indubitablement selon le sens commun des "affections dorsales", avaient notamment provoqué une incapacité de travail de plus d'un

mois en novembre/décembre 1993 (arrêt du TF du 30 octobre 2000, 5C.14912000, c. 3c).

b) En l'occurrence, faute d'évocation par l'article 4.1 des CGA des conséquences d'une maladie, la définition de cette norme contractuelle doit être tenue pour insuffisante. Il sied en conséquence de se fonder sur la jurisprudence du **TF** précitée. Cela s'impose d'autant plus que l'article 2.2 des CGA stipule qu'au surplus, la législation suisse est applicable, notamment la LCA.

Vu l'existence de diagnostics précis ainsi que d'examens et/ou traitements médicaux et d'incapacités de travail invoqués par X, il n'existe aucun doute que les atteintes à la santé pour lesquelles celui-ci réclame des prestations de la part de la Y Assurances correspondent à la notion de maladie.

6. Concernant la durée des prestations, l'article 10.3 des CGA, cité par la défenderesse au chiffre 43 de sa réponse, est applicable; selon l'alinéa 1er de cet article, "l'indemnité journalière est payée au maximum pendant la durée prévue au contrat". En outre, l'article 10.5 des CGA prévoit que "l'incapacité partielle de travail donne droit aux indemnités journalières — calculées proportionnellement au degré d'incapacité — à partir de 50 %".

7. Pour ce qui est de la définition de l'incapacité de travail, les conditions générales en question sont muettes.

Il convient dès lors, comme déjà relevé et conformément aux principes d'interprétation rappelés ci-dessus, de se référer à la définition communément admise, à savoir l'incapacité, totale ou partielle, d'exercer la profession qui était celle de l'assuré au moment de la survenance de l'événement assuré, in casu celle d'aide-rotativiste.

8. **a)** La question de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux n'a pas à être tranchée. En effet, une telle affection, même tenue pour établie, ne pourrait valoir maladie au sens du contrat, puisque l'article 4.1 des CGA de

"S" Assurances définit comme maladie les "troubles de la santé qu'un médecin peut constater sur la base de signes objectifs", lesquels font défaut en matière de trouble somatoforme douloureux in casu, puisque le demandeur ne montre aucune attitude algique durant les examens. Cette définition est incomplète, mais permet néanmoins d'exclure des troubles d'un tel type.

b) En tout état de cause, même si la prise en compte d'un trouble somatoforme douloureux était possible selon les conditions d'assurance, l'existence d'une telle atteinte devrait être niée en l'espèce, à défaut de signes algiques objectifs suffisants et, surtout, d'un diagnostic psychiatrique explicite, exigé par la jurisprudence énoncée en matière d'AI (cf. ATF 130 V 352; ATFA du 21 avril 2004, I 870/02, c. 3.3).

Le SMR aurait mentionné ce diagnostic s'il y avait eu lieu de le faire, l'une des signataires du rapport, la Dresse A, étant psychiatre. A cet égard, le SMR relève expressément que "globalement, le status psychiatrique est dans les limites de la norme" et que "nous n'avons pas objectivé des troubles de la personnalité morbide". Les éléments psychiques sont objectivement décrits, après un examen anamnestique et clinique approfondi, de sorte que cette appréciation apparaît probante. En particulier, le SMR a exclu la présence d'un trouble somatoforme douloureux après avoir constaté l'absence de véritable sentiment de détresse chez la personne examinée et d'effet des plaintes sur l'examineur, ainsi que le caractère intact de l'environnement psychosocial, aucune comorbidité psychiatrique n'étant au surplus objectivée. C'est pourquoi les médecins du SMR ont expressément nié l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ou de toute autre atteinte psychique. L'avis émis le 1^{er} octobre 2003 par le Dr Q, psychiatre traitant, ne saurait mettre en doute cette conclusion, dans la mesure où ce médecin ne donne pas une motivation à son diagnostic de trouble somatoforme douloureux; cela s'ajoute que, pour que le caractère invalidant d'un tel trouble soit retenu, il faut, selon la jurisprudence, que plusieurs critères soient remplis, par exemple une comorbidité psychiatrique (cf. ATF 130 V 352; ATFA du 21 avril 2004, I 870/02, c. 3.3.2). Or, le Dr Q n'a énoncé aucun élément se rapportant à l'un de ces critères.

c) Dans ces conditions, la prise en compte d'une atteinte psychique, notamment d'un trouble somatoforme douloureux, comme cause d'une incapacité de travail, ne peut qu'être rejetée.

9. a) Cela étant, les troubles physiques sont objectivement établis. Il s'agit de troubles lombaires et de troubles cervicaux. Hormis le Dr L, médecin traitant, aucun des médecins qui ont examiné l'intéressé n'a retenu au plan somatique une incapacité de travail dans la profession habituelle d'aide-rotativiste. Les médecins du SMR ont été moins sévères, se limitant à admettre une capacité totale dans une activité adaptée (évitement de la position prolongée en rotation-flexion ou porte-à-faux du tronc ainsi qu'en rotation-extension maximale de la colonne cervicale, limitation du port de charge à 15 kg et à 20 kg occasionnellement, changement si possible régulier de position). Toutefois, même sur la base de cette dernière appréciation, la prise en charge par l'assureur d'une incapacité de travail due à des causes d'ordre somatique doit en tout état de cause être refusée, Pour les motifs qui suivent.

b) Aux termes de l'article 61 LCA (auquel s'est référée la défenderesse à la suite de l'interpellation du Juge instructeur du 19 octobre 2005), lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1er); si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2).

Dans le cas présent, l'article 61 LCA ne s'applique pas par analogie, mais même directement, s'agissant en l'espèce d'une assurance contre les dommages (cf. le titre II de la loi, dans lequel se trouve cette disposition légale), et non d'une assurance de personnes (cf. ATF 104 II 44, c. 4, JT 1978 I 462; ATF 119 II 361, c. 4, JT 1994 I 738; Carré, op. cit., ad art. 61 LCA, p. 364).

Dans un arrêt qui concernait comme ici une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le TF a considéré que l'article 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des

assurances déduit, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat — pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due — pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat. L'ayant droit remplit son obligation de faire ce qui peut raisonnablement être exigé de lui pour réduire son dommage s'il prend à cette fin les mesures que prendrait un homme raisonnable dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers (arrêt du TF du 7 mai 2002, 5C.7412002, c. 3; cf. aussi ATF 114V 281 c. 3a; ATF 111 V 235 c. 2a; arrêt non publié du TF du 7 février 2000, K 14/99, reproduit dans la RAMA 2000 KV 112 p.122, c. 3a).

c) En l'espèce, par lettre du 1^{er} mai 2001, "S" Assurances a informé l'assuré de ce qu'à compter du 13 mai suivant, "il n'existera plus de symptomatologie contre-indiquant une reprise complète du travail", et qu'elle mettrait un terme à ses prestations à ladite date, ce sur la base des avis médicaux antérieurs, savoir en particulier ceux, bien motivés et concordants, du Dr A du 16 mars 2001, du Dr R du 23 mars 2001 et du Dr H du 26 avril 2001, dont il résulte qu'il n'existerait aucun empêchement à une reprise complète du travail X après le 13 mai 2001. L'assureur a mis fin à ses prestations au 15 juillet 2001, ce qui laissait à l'assuré environ deux mois et demi pour trouver un emploi adapté. Au demeurant, X était ail courant, grâce à son médecin traitant (cf. certificat médical du 19 juin 2001), qu'un travail respectant des limitations fonctionnelles était souhaitable. Quoi qu'il en soit, sachant qu'il n'existait plus aucun motif l'empêchant de reprendre à 100 % son travail, il aurait dû, s'il estimait ne plus pouvoir travailler dans sa profession habituelle, chercher une nouvelle activité plus légère à un taux de 100 %, n'impliquant ni charges

lourdes, ni positions vicieuses comme indiqué par le SMR, ce d'autant qu'il s'agissait d'occuper un emploi non pas plus dur, mais au contraire moins dur que son ancien métier d'aide-rotativiste.

10. Au vu de ce qui précède, il n'y a plus eu, après le 15 juillet 2001 à tout le moins, d'incapacité de travail de 50 % au moins (cf. l'art. 10.5 des CGA applicables, déjà mentionné), au sens devant communément être conféré à cette expression, mais au contraire une capacité de travail entière.

Partant, la défenderesse n'avait pas à verser des indemnités journalières après cette date.

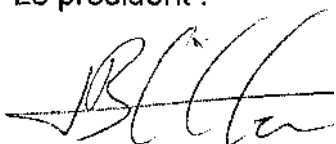
11. En définitive, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

La défenderesse n'étant pas assistée, aucun dépens ne lui est dû (cf. art. 26bis de la loi vaudoise du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances [LTA]).

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

Les conclusions de la demande déposée le 3 octobre 2003 par X contre Y Assurances sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du ,— 2 OCT. 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. 49 al. 2 LSA).

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL

