

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme THALMANN, juge

Membres : MM de Goumoëns et Donzel, assesseurs

Greffier : M. Addor, greffier-substitut

Jugement du 14 août 2006

dans la cause

X, représenté par l'avocat

Eric Kaltenrieder audit lieu, demandeur,

contre

Y assurances (ci-après : la Y ou la
caisse), défenderesse.

Art. 33, 61 LCA

En fait :

A. X, né en 1976, de nationalité portugaise, ouvrier de la construction, est au bénéfice d'une assurance collective perte de gain pour maladie conclue par son employeur auprès de la défenderesse, la Y Assurances (police n° XXX).

Le 4 octobre 2001, l'assuré a été victime d'un accident de travail : il a été enseveli dans une fouille qui s'est effondrée. Cet accident a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), laquelle a versé les prestations d'assurances correspondantes.

Par décision du 11 février 2003, confirmée par décision sur opposition du 4 avril suivant, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 17 février 2003.

Figurent notamment au dossier les rapports médicaux suivants

un rapport médical du 30 novembre 2001 du Dr F, médecin-chef auprès de l'Association médicale du Centre T, selon lequel X présente des lombalgies basses. Il a constaté la présence de nombreux éléments de surcharge avec tous les signes de Waddell. Sur le plan neurologique, il n'y a pas d'évidence d'un déficit.

un rapport de radiologie du Centre Hospitalier C du 4 décembre 2001 du Dr M selon lequel l'IRM lombaire montre :

- Pas de fracture d'aspect récent ni de conflit disco-radulaire.
- Discrète protrusion discale diffuse postérieure, non sténosante en L4-L5.
- Aspect d'hématome en décours sous-cutané prémusculaire lombaire médian et paramédian droit.
- Lyse isthmique bilatérale de L3 et de L4, sans olisthesis, mais associée à un remaniement modéré oedémateux et dégénératif de la moelle osseuse avoisinante.

un rapport médical des médecins de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 25 mars 2002 où l'assuré a séjourné du 30 janvier au 6 mars 2002, diagnostiquant :

- Lombalgie basse droite (M 54.5).
- Spondylolyse bilatérale L4 et L5 (M 51.2).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant probable (F45.4).

En conclusion, les médecins estiment que de multiples facteurs psycho-sociaux sont susceptibles d'influencer l'évolution défavorablement. L'interprétation du tableau clinique est délicate. L'événement traumatique semble actuellement jouer un rôle secondaire au vu de la quasi non visualisation de l'imagerie des parties molles lombaires. D'autre part, les trouvailles radiologiques ne doivent pas être surinterprétées dans la mesure où l'on comprend difficilement leur participation à la symptomatologie lombaire basse (atteinte bilatérale responsable de douleurs à droite), la scintigraphie étant de plus négative.

Une reprise de l'activité professionnelle actuelle n'est pas envisageable pour le moment. La situation devra être réexaminée dans un délai approximatif de six semaines. Dans l'intervalle, il est justifié de poursuivre un programme de physiothérapie à raison de 3 fois par semaine avec des exercices actifs tolérés par le patient (vélo, piscine).

un rapport d'examen médical final du Dr H du 10 février 2003 qui conclut, en l'absence de séquelles organiques démontrables, à un syndrome douloureux somatoforme persistant.

un avis médical du 25 juillet 2003 du Dr O du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui rappelle que l'assuré n'a jamais pu reprendre le travail, une tentative en juin 2002 de travailler à son rythme dans une activité légère chez son patron s'étant soldée par un échec après trois semaines. Echec également pour la physiothérapie au centre T, à la CRR à Sion et pour les blocs interfaccitaires. Tous les médecins spécialistes, les Drs F, R et

H observent de nombreux signes de Waddell et une quasi normalité de l'examen clinique. Le psychiatre de la CRR suspecte un trouble somatoforme douloureux persistant, sans comorbidité psychiatrique, un état de stress post-traumatique étant exclu. Les diagnostics posés sont les suivants : trouble douloureux somatoforme persistant, spondylolyse L4-L5 bilatérale (sans relation avec l'accident), status après contusion lombaire en octobre 2002 et lombalgies droites persistantes. Le médecin traitant et celui du centre de la douleur à Yverdon-les-Bains estiment la capacité de travail nulle en tant que manoeuvre, mais complète dans une activité adaptée. Le Dr O en conclut que c'est le trouble somatoforme qui tient le devant de la scène, mais qu'il n'est pas étayé au sens des critères de N.

B. Par demande du 7 juillet 2003, X a conclu au versement d'indemnités journalières par la Y Assurances dès le 18 février 2003 ce, jusqu'au terme de l'incapacité de travail. Il fait valoir que la défenderesse a refusé le cas uniquement sur la base du dossier médical fourni par la CNA et qu'elle ne lui a pas fait subir d'exams psychiatriques "afin de déterminer si les troubles somatoformes douloureux qui entrent dans la catégorie des affectations psychiques entraînent une incapacité de travail". C'est la raison pour laquelle il sollicite expressément la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 11 août 2003, la Y Assurances a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. Elle estime qu'il est acquis, d'une part, que l'assuré ne souffre d'aucune pathologie somatique déterminée et, d'autre part, qu'il ne présente aucune pathologie psychiatrique considérée comme grave, le trouble somatoforme lui-même n'étant pas à considérer comme invalidant. Dès lors, à moins que l'assuré n'établisse clairement le contraire, les conditions d'octroi des prestations de l'assurance maladie perte de salaire n'apparaissent pas réalisées et aucune prestation n'est due.

C. Dans le cadre de l'instruction de la demande, une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité (COMAI) de Genolier, actuellement Centre d'Expertise Médicale (CEMED) à Nyon. Les Drs G, rhumatologue FMH et S, psychiatre-psychothérapeute FMH, ont déposé leur rapport le 20 mai 2005. Ils expliquent que, sur le plan somatique, on se trouve face à un assuré qui adopte un comportement d'invalide, avec boiterie de décharge du membre inférieur droit et qui adopte ce comportement de manière chronique, n'ayant de surcroît pas de callosité des mains et étant déconditionné. Par ailleurs, l'ensemble des examens pratiqués depuis 2001 n'a mis en évidence aucune pathologie grave, quelle qu'elle soit, susceptible d'expliquer les plaintes présentées. En revanche, ils n'excluent pas des facteurs d'exagération. Sur le plan psychique, si les experts observent chez l'assuré quelques moments de révolte, de déprime et des larmes, le faisant apparaître démoralisé, ils estiment cependant que la plupart de ces expressions se situent dans la normalité, l'intéressé ayant même une certaine tendance à l'accentuation, voire à la majoration des symptômes.

En conclusion, ces médecins estiment qu'il n'y a pas d'incapacité de travail aux plans psychique et somatique, l'assuré jouissant d'une capacité de travail entière.

Dans un rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 15 novembre 2004, les Drs P, médecine interne-rhumatologue FMH et V, psychiatre FMH, exposent qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique. Ils mentionnent que durant l'été 2003, le demandeur a tenté de reprendre son travail chez son employeur à 50 %, qu'il a d'abord été affecté à des tâches légères, puis renvoyé sur les chantiers et qu'après quelques jours, les douleurs étaient telles que le travail a de nouveau été interrompu, le demandeur n'ayant plus d'activité professionnelle depuis cette date. Ils diagnostiquent des lombalgies chroniques persistantes, à savoir une spondylolyse bilatérale de L5 et une discopathie L5-S1. Ils estiment que cette affection entraîne une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais que, dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière.

Ce rapport a été soumis aux experts précités, lesquels ont déposé un complément d'expertise le 3 novembre 2005, sous la plume de la Dresse G.

Cette dernière note que, pour ce qui est du diagnostic, les médecins ayant examiné l'assuré ne divergent pas fondamentalement, dans la mesure où tant le SMR que le COMAI évoquent un diagnostic de spondylolyse isthmique. Elle relève en outre que les experts sont d'accord pour dire, sur la base des documents radiologiques, qu'il n'y a pas de lésion traumatique objective séquellaire et pas non plus d'évolution d'ordre dégénératif depuis l'accident. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, si la Dresse G reconnaît que la situation a été évaluée différemment par le Dr P, elle estime néanmoins que les découvertes radiologiques ne justifient pas de limitation. Se pose enfin la question de savoir si l'assuré présente une symptomatologie due à une lyse isthmique. La Dresse G observe qu'il n'a pas été trouvé de concordance entre les plaintes de l'assuré, d'une part, la clinique et les constatations radiologiques, d'autre part, ce qui la conduit à conclure qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle à retenir, la présence d'une discopathie modérée L5-S1 n'étant, à son avis, pas de nature à modifier l'appréciation.

Chacune des parties a pu se déterminer sur le rapport complémentaire d'expertise précité.

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 du 2 avril 1908 (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 173.4311]), ce que ne contredit aucune

norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JdT 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 S., du 24 juin 1998, n° 257/1998, in : JdT 1999 III 106, consid. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral (ci-après : TF) a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe 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 ancien de la loi fédérale sur la surveillance des assurances [LSA], actuellement art. 85 LSA; ATE 124 III 44, JdT 1998 I 377; RAMA 1998, n° KV 35, p. 290; ATE 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 [RBA] 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 l'assurance collective maladie perte de salaire souscrite par l'employeur du demandeur auprès de la caisse. De plus, X a agi par la voie de la demande auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Le tribunal de céans est donc compétent pour examiner ladite demande et cette dernière est recevable.

2. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la Y Assurances a refusé à juste titre le versement d'indemnités journalières à X dès le 18 février 2003.

3. a) 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*, 2e 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^o 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. 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.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122V 157, consid. 1c et les réf.; RAMA 2000, n° KV 124, p. 214).

Pour ce qui est des rapports de médecins de famille, le juge peut et doit prendre en compte le fait, vérifié par l'expérience, que ces médecins prennent, en cas de doute, plutôt le parti de leur patient, ce en raison des rapports de confiance les liant à celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; VSI 2001 p. 106).

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 anticipées; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 27; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., p. 135; cf. aussi ATF 104 V 209, consid. a). Une telle manière de procéder ne viole par le droit d'être entendu selon l'article 29 de la Constitution fédérale (ATF 106 la 161, consid. 2b; RAMA 1985, n° K 646, p.235, consid. 2d).

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

5. a) En l'espèce, *sur le plan psychique*, les experts estiment qu'il n'y a pas d'incapacité de travail. Ils ne sont contredits par aucun autre spécialiste.

b) *Sur le plan physique*, le Dr P comme le médecin traitant retiennent une incapacité totale dans l'activité habituelle, la capacité étant entière dans une activité adaptée. Au contraire, la Dresse G estime la

capacité de travail totale, y compris dans l'activité habituelle. Les diagnostics sont identiques. Seule l'appréciation de la capacité de travail diffère.

Le Dr P relève qu'il existe une certaine fragilité biomécanique lombaire chez le demandeur qui impose des limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont fondées sur une évaluation de la situation dans son ensemble. La Dresse G estime au contraire, dès lors qu'il n'a pas été trouvé de concordance entre les plaintes d'une part, la clinique et les constatations radiologiques d'autre part, qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle à retenir. Elle décrit toutefois dans l'expertise des déficiences, savoir une dysfonction sacro-iliaque et un raccourcissement du pyramidal. Elle n'a cependant pas élargi le champ des investigations vers une approche fonctionnelle visant à évaluer les capacités dans le temps, c'est-à-dire l'endurance générale du demandeur et son aptitude à résister à des efforts répétitifs comme ceux exigés par la profession de manoeuvre.

Il n'y a toutefois pas lieu de compléter l'instruction sur ce point. Que le demandeur ait une capacité de travail entière dans toute profession ou uniquement dans une activité légère n'a en effet aucune incidence sur son droit à des indemnités journalières, qui doit de toute manière être nié, comme on le verra ci-après (cf. considérant 7 infra).

L'hypothèse la plus favorable au demandeur est que, depuis le mois de juin 2002, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr P.

6. Il résulte de l'article 61 LCA l'obligation pour l'assuré de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage (ATF 113V 28, consid. 4a et les références). Tel est le cas d'un changement de profession lorsque, comme en l'espèce, un tel changement peut être raisonnablement exigé de lui. Le TFA a notamment jugé que lorsque l'assuré, qui reçoit des indemnités journalières, 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 (arrêt non publié du 7 février 1999, K 14/99, reproduit in RKUV 2000, n° KV 112, p. 122 consid. 3a; ATFA O., du 7 mai 2002, 5C. 74/2002).

Dans le cas présent, aucune indemnité journalière n'a été versée. Le demandeur y conclut dès février 2003, alors que sa capacité de travail dans une activité adaptée est entière depuis le mois de juin 2002. Or, en huit mois, il y a lieu d'admettre qu'il avait la possibilité de trouver un emploi correspondant sa situation professionnelle et personnelle sur un marché du travail équilibré.

7. Par surabondance, il y a lieu d'ajouter que l'article 8 alinéa 2 des Conditions générales de l'assurance maladie collective perte de salaire de la Y ne prévoit le versement d'indemnités journalières qu'en cas d'incapacité de travail de 25 % au moins, ce qui équivaut à une perte de gain de 25 pour-cent.

En 2002, le demandeur aurait gagné en qualité de manoeuvre 61'000 francs en chiffres ronds (8 h. 35 par jour, cinq jours par semaine à 23 fr. 45, plus 10,6 % d'indemnités vacances et 8,33 % de 13^{ème} salaire).

Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques (ATF 126 V 76, consid. 3a/bb et les références).

En l'occurrence, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches simples et répétitives dans le secteur privé en 2002, savoir 4'557 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, p. 43, tableau TA1; niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à l'état de santé du demandeur. Comme les

salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002, soit 41,7 heures (cf. ATFA G., du 22 décembre 2004, I 747/03), ce montant doit être porté à 4750 fr. 70 ($[4557 \times 41,7] : 40$), soit 57'008 fr. par an.

Eu égard à l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, une réduction de ce salaire au maximum de 10 % est admissible (ATE 126 V 78, consid. 5). En effet, le demandeur était âgé de 26 ans en 2002 et le Dr P qualifie de modeste sa problématique organique. Le revenu déterminant dans une activité adaptée s'élève ainsi à 51'307 francs.

Le calcul de la perte de gain s'établit comme suit :

$$\frac{(61'000 - 51'307) \times 100}{61'000}$$

elle est dès lors de 15,89 % depuis juin 2002.

8. Ainsi, quelle que soit l'hypothèse envisagée, le demandeur n'a pas droit à des indemnités journalières.

9. En définitive, au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, la demande doit être rejetée.

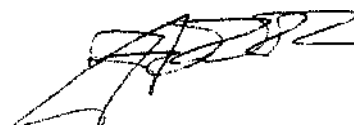
**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

I La demande est rejetée.

Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :

Le greffier :



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;

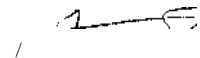
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

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
Le greffier

