

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. RITTE R, juge

Membres : Mme de Roguin et M. Zbinden, assesseurs

Greffier : Mme Lopez, greffière-substitut

Jugement du 21 février 2007

dans la cause

X, demanderesse, représentée par l'avocat
Nicolas Rouiller, à Lausanne,

contre

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

Art. 33 et 61 LCA

En fait :

A. X, née en 1965, a été assurée auprès de Y Assurances SA au titre de son activité salariée exercée au taux de 100 % au service de la Société coopérative M. 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. Cette couverture garantissait une indemnité journalière de 80 % du salaire en cas d'incapacité de travail due à une maladie, les prestations assurées étant versées, pour une ou plusieurs maladies, pendant 720 jours au plus.

Le 29 avril 2002, l'assurée a été victime d'un accident professionnel : elle a ressenti une douleur dans la région sacrée en tentant de retenir une colonne de lait de 360 litres. Le cas a été pris en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) au titre de l'assurance-accidents (LAA). L'assurée a repris le travail le 29 juillet suivant à 100 pour-cent. Une intensification des douleurs a toutefois entraîné une incapacité de travail de 25 %, accordée par son médecin-traitant afin que la patiente puisse suivre une physiothérapie intensive. Lors de l'accident, l'intéressée travaillait au rayon des produits laitiers, soit dans une activité exposée au port de charges ainsi qu'au froid et à l'humidité.

Par décision du 26 novembre 2002, la CNA a mis fin à ses prestations au 30 novembre suivant, estimant, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, que le statu quo sine étant atteint dès le lendemain. La Y a formé opposition à cet acte administratif le 3 décembre 2002; cette contestation a été retirée le 22 janvier suivant après que la caisse ait pris connaissance du dossier que lui avait adressé la CNA.

Dans un rapport du 16 juin 2004, le Dr B, généraliste à Orbe et médecin-traitant de l'assurée, a indiqué que, lors de l'examen clinique pratiqué à l'époque de l'accident, il avait constaté une palpation sensible de l'ensemble de la région lombaire basse et surtout de la région sacrée, les inflexions latérales entraînant en outre des douleurs lombo-sacrées controlatérales. Le

bilan radiologique n'avait rien révélé et le médecin-traitant avait conclu à des micro-claquages de la musculature lombo-sacrée. L'évolution avait été favorable et la patiente avait pu reprendre le travail le 29 juillet 2002, malgré la persistance par la suite des douleurs lombo-sacrées. Il a ajouté que la patiente avait présenté des symptômes dépressifs, en particulier des troubles du sommeil et une irritabilité. Dès la fin de l'année 2003, sont apparues des douleurs du haut du rachis et de la nuque irradiant parfois les membres supérieurs associées à une importante fatigue et fatigabilité. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dès le 26 janvier 2004 malgré l'adaptation du poste de travail, une reprise à 50 % ayant été tentée du 23 février au 19 mars 2004. D'autres tentatives de reprises, d'un jour chacune, ont eu lieu les 31 mai, 1er août (jour férié pourtant) et 1^{er} novembre 2004 selon un décompte établi par l'employeur (cf. décompte du 21 septembre 2005).

Le 29 juin 2004, à la demande de son médecin-traitant, l'assurée a été examinée par le Dr G, de l'unité rachis du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Dans son rapport du 6 juillet suivant, ce praticien a posé les diagnostics de fibromyalgie et de cervico-lombalgies et comme co-morbidité un probable état anxio-dépressif. Il note un tableau de fibromyalgie assez typique, en l'absence de tout point douloureux en dehors des zones de palpation classique. Les traits parlant en faveur d'une dépression étaient une tristesse, un retrait social, une irritabilité, une anhédonie, des troubles mnésiques et de la concentration, une hyperaffectivité, une fatigue, des sentiments de frustration sans sentiment d'inutilité dans l'existence. Aucun argument qu'il soit anamnétique, clinique ou radiologique ne parlait en faveur d'un éventuel rhumatisme inflammatoire. L'évolution était jugée "plutôt favorable" dans un délai de l'ordre de six à douze mois, si l'assurée parvenait à reprendre à 30 % une activité de vendeuse en confection, qui est une activité sans exposition au froid et n'impliquant pas de port de charges lourdes. Il indiquait en outre qu'une éventuelle prise en charge en milieu thermal pourrait être envisagée, de même la patiente avait été rendue attentive à l'importance de l'activité physique dans la prise en charge d'une fibromyalgie.

Dans un rapport du 17 août 2004, le Dr B a indiqué que l'état de la patiente ne permettait pas encore d'envisager une reprise de travail même à temps partiel.

La Y a confié un mandat d'expertise au Dr M, spécialiste FMH en médecine interne-rhumatologie, à Lausanne, qui a examiné l'assurée les 28 janvier et 14 février 2005. Dans un rapport du 15 février suivant, il a posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux (prédominance fibromyalgique), de troubles statiques de la colonne vertébrale avec dysbalance musculaire et d'état dépressif chez une personnalité alexithymique. Il a indiqué que la palpation musculaire était décrite comme douloureuse autant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs ainsi qu'au niveau paravertébral des deux côtés et des ceintures scapulaires. Les 18 points de fibromyalgie étaient particulièrement sensibles. Il a relevé que l'état de la patiente ne justifiait au jour de l'expertise aucune incapacité de travail pour ce qui est de son status rhumatologique, précisant qu'"en tout cas il ne s'agit pas d'un problème rhumatologique (..)"; en revanche "sur le plan global, qui prédominait, seule une appréciation psychiatrique permettrait de trancher dans la mesure où celle-ci (sic) était possible". Une reprise du travail à 100 % était "impensable". Sur le plan rhumatologique, l'expertisée pourrait effectuer toute activité légère sans port de charges et sans positions debout-assise prolongées. Il était en outre indiqué que l'expertisée avait déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité en décembre 2004.

Par courrier du 10 mars 2005, la caisse, sur la base de l'avis de son médecin-conseil le Dr R, a reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} novembre 2004, et lui a enjoint de reprendre son travail à 50 %, dès le 17 mars 2005, au service de son employeur dans une activité qui lui serait proposée. Cette nouvelle tentative a été un échec. Une reprise a été tentée comme caissière au rayon textile, en vain également. L'assureur a versé les prestations en espèces jusqu'au terme du contrat d'assurance, qui a pris fin au 17 janvier 2006 selon les décomptes incontestés de l'assureur datés des 21 septembre et 21 novembre 2005, l'indemnité journalière versée dès le 1^{er} novembre 2004 étant fondée sur un taux d'incapacité de travail de 50 pour-cent.

Dans un courrier du 12 avril 2005 adressé au médecin-traitant de l'assurée, le Dr R a estimé que celle-ci était capable de travailler à 50 % dans une activité légère.

Le Dr G a examiné une nouvelle fois l'assurée le 25 mai 2005. Dans son rapport du 30 mai suivant, il a relevé que les plaintes formulées par l'intéressée étaient les mêmes qu'en 2004, bien que plus intenses, un état dépressif étant en outre mentionné. Il a noté que la description faite par la patiente de l'exercice physique qu'elle pratiquait, n'était pas suffisante pour arriver au seuil d'endurance nécessaire pour voir éventuellement cet exercice devenir efficace en terme d'antalgie, de régulation neurovégétative et par conséquent de diminution éventuelle de son problème douloureux. Il concluait son avis comme il suit : "(...) sur le plan de la capacité professionnelle, il est certain que, théoriquement, Madame X pourrait travailler, mais ceci à une condition expresse, c'est-à-dire qu'elle voie sa situation s'améliorer. En effet, son seuil de tolérance à la douleur ne lui permet actuellement pas, et aucune mesure contraignante ne permettrait de modifier cette situation".

B. X, représentée par l'avocat Nicolas Rouiller, a saisi le Tribunal d'arrondissement de Lausanne le 31 janvier 2006, concluant à ce que Y soit sa débitrice de 27'037 fr. 65 avec intérêt à 5 % l'an dès et y compris le 17 janvier 2006, cette somme correspondant à des indemnités journalières pour le 50 % supplémentaire d'incapacité de gain allégué pour la période du 1^{er} novembre 2004 au 17 janvier 2006. Dans sa demande, elle a précisé que "l'avis d'un spécialiste supplémentaire serait superfétatoire et contraire à l'économie de procédure". Le juge civil a décliné sa compétence *ratione materiae* par jugement incident du 19 mai 2006 et a reporté la cause devant le tribunal de céans.

Dans sa réponse du 21 septembre 2006, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir que la demanderesse avait failli à son obligation de diminuer le dommage, au sens de l'article 61 LCA, tant en ce qui concerne la reprise d'une activité idoine que la compliance thérapeutique.

Dans ses déterminations du 13 novembre 2006, la demanderesse a maintenu sa position, en relevant qu'elle avait tenté de reprendre son travail à cinq reprises, les dernières fois à temps partiel et avec un cahier des charges allégé, mais avait dû renoncer à chaque fois en raison de ses douleurs. Dans l'hypothèse où le tribunal estimerait que les rapports médicaux figurant au dossier ne permettraient pas d'établir une incapacité totale de travailler, elle a requis qu'une expertise soit ordonnée.

C. Le contrat collectif et les conditions d'assurance y applicables ont été produits, à savoir les conditions générales (ci-après : CGA) des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents, édition 1999, ainsi que les conditions spéciales de l'assurance complémentaire "J" pour incapacité de travail, également édition 1999. Le dossier comporte en outre de larges extraits du dossier de la CNA, s'agissant notamment des décisions (formelles ou non) de cet assureur, ainsi qu'un rapport du 6 novembre 2002 de son médecin d'arrondissement, le Dr H. Une audience d'instruction a été tenue le 8 janvier 2007 en présence des parties. L'audition de divers témoins n'a rien apporté de déterminant, sauf celle de l'ancien supérieur hiérarchique de la demanderesse, qui a confirmé que le dernier emploi occupé par l'intéressée n'exigeait pas de port de charges et ne se faisait pas dans le froid ni l'humidité (cf. procès-verbal d'audience, p. 3). Il a en outre été confirmé que l'assurée est socialement intégrée, allant à la messe du dimanche et donnant des cours de catéchisme à des enfants (cf. procès-verbal d'audience, p. 4). Il résulte également des témoignages que la demanderesse a consulté un psychiatre de mars à septembre 2006 (cf. procès-verbal d'audience, p. 5). Au cours de cette audience, la demanderesse a déclaré que la procédure auprès de l'assurance-invalidité était en cours et les parties se sont accordées à dire qu'elles n'avaient pas de requête d'instruction sur ce point. Par ailleurs, la demanderesse s'est opposée à la production d'un rapport de la psychiatre qu'elle avait consulté.

En droit :

1. a) Dans un arrêt P. du 24 juin 1998 (JdT 1999 III 106 ss), 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, première phrase, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : 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; peu importe 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 (JdT 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, JdT 2000 III 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, dans : Colloques et journées d'études 1999-2001, éd. IRAL, Lausanne 2002, pp. 763 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II^{ème} Cour civile (réf. 5C.26/1999).

b) L'article 87 LCA confère au bénéficiaire de l'assurance, dès la survenance d'un sinistre, un droit propre contre l'assureur pour ce qui est des couvertures collectives contre les accidents ou la maladie. La demanderesse a dès lors la légitimation active, tout comme la défenderesse a la qualité pour défendre.

c) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances la compétence du contentieux de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie [RALV 1996 p. 119]). Selon les conclusions de la demande, la valeur litigieuse est supérieure à 8'000 fr. en capital, plaçant la cause dans la compétence du tribunal, et non du juge

instructeur statuant comme juge unique (art. 11 al. 2 de la loi vaudoise sur le Tribunal des assurances [ci-après : LTAs]).

2. En l'espèce, le terme contractuel des prestations, fixé au 17 janvier 2006, est incontesté. Seul est litigieux le taux d'incapacité de travail sur la base duquel ont été calculées les indemnités journalières depuis le 1^{er} novembre 2004, la demanderesse estimant présenter une incapacité de travail totale alors que la défenderesse a versé ses prestations sur la base d'un taux d'incapacité de 50 pour-cent. Les parties ont expressément renoncé à formuler toute requête incidente portant sur des mesures d'instruction; la demanderesse s'est même opposée à l'interpellation de son médecin psychiatre traitant. A juste titre, puisqu'elle n'a consulté ce praticien que de mars à septembre 2006, soit à une date largement postérieure au début de l'incapacité de travail ici en cause. Par ailleurs, il peut être relevé que le dossier est suffisamment instruit sur le plan médical et permet de statuer en l'état. De même, point n'est besoin d'ordonner d'office production du dossier de l'assurance-invalidité, dont l'instruction n'est guère avancée, ni ce celui de la CNA, l'étiologie malade des troubles étant incontestée et le dossier de la cause comportant déjà des éléments utiles issus du dossier de cet assureur-accidents.

3. **a)** A teneur de l'article 11 alinéa 1^{er}, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon 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, non équivoque.

b) Les conditions générales et spéciales applicables à l'assurance-maladie collective pour perte de salaire ont été produites. Elles définissent la notion de maladie en tant que toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 litt. c CGA). Est considérée comme incapacité de travail toute impossibilité médicalement constatée d'exercer, pour l'assuré, une activité lucrative (art. 1^{er} al. 2 des conditions

spéciales). Les prestations assurées sont versées, pour une ou plusieurs maladies, pendant 720 jours au maximum; pour le calcul de la durée du versement, les jours d'incapacité partielle de travail comptent comme des jours entiers (art. 6 al. 1^{er} des conditions spéciales). En cas d'incapacité partielle de travail, l'allocation journalière assurée est versée proportionnellement (art. 5 al. 3 des conditions spéciales).

c) L'article 1^{er} des CGA renvoie expressément à la LCA en complément aux dispositions contractuelles. L'article 61 LCA, auquel se réfère la défenderesse, prévoit à son alinéa 1^{er}, que "lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage". L'obligation de réduire le dommage est un principe général du droit, applicable ainsi également à l'aune de la LCA. Le Tribunal fédéral considère que l'article 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumises 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 (cf. ATF 127 III 106, c. 4c, 5C 211/2000 — ad TAss VD, S., du 2 août 2000, n° AMC 4/98 — 19/2000; ATF 114 V 281, c. 3a; ATF S. du 7 mai 2002, 5C 74/2002 — ad TAss VD du 17 mai 2001, n° AMC 21/00 — 1/2002).

4. a) Sur le plan rhumatologique, aucun élément pathologique objectif justifiant une incapacité de travail n'a été mis en évidence. Dans son rapport du 16 juin 2004, le médecin-traitant de la demanderesse a indiqué que le bilan radiologique n'avait rien révélé. Le Dr G a également précisé qu'aucun argument anamnestique, clinique ni radiologique ne parlait en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Les rapports médicaux du dossier tendent ainsi à dire qu'une incapacité de plus de 50 % dans une activité adaptée, telle que reconnue par la défenderesse, ne se justifie pas, le Dr M ayant indiqué expressément que le status rhumatologique ne justifiait aucune incapacité de travail.

b) Sur le plan psychique, le Dr G, rhumatologue, a, le 29 juin 2004, posé le diagnostic de fibromyalgie avec un probable état

anxio-dépressif. Dans son rapport du 15 février 2005, le Dr M, rhumatologue, a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux (prédominance fibromyalgique) et un état dépressif chez une personnalité alexithymique.

Ceci étant, c'est à juste titre que la défenderesse se fonde sur les principes jurisprudentiels régissant le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, qui sont applicables également pour la fibromyalgie (ATFA B. du 15 mars 2006, I 629/04; ATFA S. du 8 février 2006, I 336/04).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 398 ss, c. 5.3 et c. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec

de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall, 2003, p. 77; ATFA du 22 février 2006, I 506/04).

c) En l'espèce, ces critères ne semblent pas réunis. Il y tout d'abord lieu de relever que l'état de santé de l'assurée n'a pas justifié l'intervention d'un psychologue et qu'une psychiatre n'a été consultée que de mars à septembre 2006 selon les dires de la demanderesse elle-même. Pour ce motif, l'on ne saurait considérer que le critère d'état psychique cristallisé est rempli, en l'absence d'un traitement psychiatrique entrepris de manière soutenue. L'état dépressif mis en évidence par les Drs M et G, qui est de nature légère, ne suffit pas, à lui seul, à établir l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances (TFA, actuel Tribunal fédéral), les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356, c. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135). Les manifestations douloureuses relevées par les praticiens, notamment les cervico-lombalgies diagnostiquées par le Dr G, n'ont pas entraîné de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la demanderesse continuant à amener sa fille à l'école, à aller à la messe le dimanche et à donner des cours de catéchisme. Enfin, n'est pas non plus réalisé le critère de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art dès lors que la demanderesse n'a pas suivi le traitement de balnéothérapie envisagé par le Dr G et que, selon ce praticien, le problème douloureux qu'elle présente pourrait être diminué avec des exercices physiques adéquats.

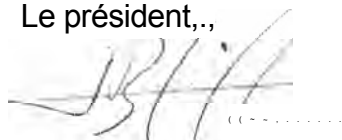
Pour le surplus, même abstraction faite de l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux, la demanderesse ne présente, à l'évidence, aucun trouble psychiatrique caractérisé, qui aurait suscité l'attention même d'un médecin non psychiatre. Ainsi, le Dr G considère que, "(...) sur le plan de la capacité professionnelle, il est certain que, théoriquement, Madame X pourrait travailler, mais ceci à une condition expresse, c'est-à-dire qu'elle voie sa situation s'améliorer. En effet, son seuil de tolérance à la douleur ne le permet actuellement pas, et aucune mesure contraignante ne permettrait de modifier cette situation". Or, une simple intolérance à la douleur ne constitue pas un trouble somatoforme douloureux occasionnant une incapacité de travail, surtout chez une assurée aussi jeune. On peut donc exiger d'elle l'effort de volonté nécessaire pour reprendre le travail dans une activité adaptée, telle que celle de vendeuse en confection proposée par son employeur, malgré une éventuelle dépression légère; il semble bien plutôt que c'est la durée d'éloignement de la vie professionnelle qui constitue un obstacle. Il y a là, manifestement, des facteurs ne relevant pas de la maladie et dont l'assureur n'a, partant, pas à répondre, surtout lorsqu'on sait que l'assurée s'est prétendue incapable de travailler également au chaud et au sec, comme au rayon textile de son ancien employeur.

5. En définitive, c'est à juste titre que la caisse a considéré que la demanderesse présentait une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} novembre 2004 dans une activité adaptée exigible en vertu de l'obligation de diminuer le dommage et qu'elle a versé, dès cette date, des indemnités journalières fondées sur un taux d'incapacité de 50 pour-cent. Il s'ensuit que les conclusions de la demande sont mal fondées et doivent être rejetées.

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

Les conclusions de la demande du 31 janvier 2006 déposée par X à l'encontre de Y Assurances SA sont rejetées.

Le président,..



La greffière :

Du **15 MARS 2007**

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié aux parties par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal dans les dix jours dès sa notification, 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 les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF — RS 173.110). Même lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a LTF). Cas échéant, le jugement peut faire l'objet d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1er LTF).

L'article 100 alinéa 6 LTF est réservé.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 49 al. 2 LSA).

**PHOTOCOPIE CERTIFIEE
CONFORME A L'ORIGINAL**
Le greffier

La greffière :



ns