

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme T H A L M A N N, juge

Membres MM. Berthoud et Monod, assesseurs

Greffier : Mme Visinand, greffière-substitut

Jugement du 20 août 2007

dans la cause

X, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat de
la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (ci-après : FSIH), à
Lausanne, demanderesse,

contre

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

Art. 12 LAMal

En fait :

A. La demanderesse X, née en 1956, divorcée et mère de deux enfants, est assurée auprès de la Y, défenderesse. L'assurance perte gain collective en cas de maladie a été passée par son ancien employeur la gérance C où elle travaillait en qualité de secrétaire-comptable. Son employeur a annoncé le cas le 30 juillet 2004, mentionnant que l'incapacité de gain avait débuté le 13 juillet 2004. La demanderesse travaillait 4 jours par semaine à raison de 33 heures. Par lettre du 18 mars 2005, elle a informé la défenderesse de la résiliation de son contrat de travail avec effet au 31 mars 2005 et a demandé le libre passage pour la police no XXX.

Du 17 mai au 14 juin 2005, l'assurée a travaillé à 50 % au service de gérances de la ville de Vevey. Depuis le mois d'août 2005, elle bénéficie de cours donnés par Intégration pour tous (IPT).

Il résulte de la feuille de sinistre maladie collective que la durée des indemnités journalières est de 730 jours pendant 900 jours avec un délai d'attente de 30 jours. Le montant des indemnités journalières étant de 156 fr. 70.

Selon les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA), les jours d'incapacité de gain partiels sont considérés comme des jours entiers dans le calcul de la durée des prestations (C1). La couverture d'assurance cesse notamment lorsque la personne sort du cercle des personnes assurées (E1.2). Si au moment de l'extinction de l'assurance, la personne est déjà au bénéfice d'indemnités journalières, celles-ci lui seront versées également après cette date, au maximum toutefois pendant la durée de prestation convenue et dans la mesure où l'incapacité de gain atteint au minimum 25 % sans interruption (E1.3).

B. Figurent au dossier notamment les rapports médicaux suivants:

- Un rapport de l'Hôpital de Cery, où la demanderesse a séjourné du 19 décembre 1985 au 8 janvier 1986. Les médecins diagnostiquent un état anxieux chez une personnalité immature à traits hystériques dans le cadre d'un conflit conjugal chronique. Le motif d'hospitalisation est un état dépressif, la patiente présentant lors de son admission des idées suicidaires, une fluctuation de son humeur, un sentiment de vide intérieur et de ruine.

- Un rapport du 5 mars 1986 de l'Hôpital de Cery, où la demanderesse a été réhospitalisée du 12 au 27 février 1986. Le diagnostic posé est le suivant : réaction dysphorique avec tentamen médicamenteux chez une personnalité immature à traits hystériques confrontée à des difficultés existentielles (divorce). Il résulte des constatations que la patiente se dit triste, déprimée et aurait aimé qu'on la laisse se suicider.

- Un avis du Dr R daté du mois d'août 1987, selon lequel, la patiente est hospitalisée à Cery pour état dépressif et exprimait à l'admission, des idées de culpabilité et un désir de mort, se disait très déprimée et désespérée. Le diagnostic retenu est un état dépressif dans le cadre d'un conflit conjugal chez une personnalité immature.

- Un rapport du 28 octobre 1994 signé par le Dr N, médecin-chef à la Clinique de Miremont, établi suite à un séjour de l'assurée du 19 au 21 octobre 1994, faisant état de troubles psychosomatiques avec résistance à la médication sur dysthymie dépressive.

- Un rapport du 7 mars 1995 des médecins de l'Hôpital psychiatrique de Malévoz, où la patiente a séjourné du 7 au 14 novembre 1994. L'hospitalisation a été motivée par la prise en charge d'un état dépressif résistant du Zoloft. Les médecins ont observé que, malgré

l'augmentation de la posologie du Surmontil, il n'y avait pas d'amélioration. En outre, le rapport indique, d'une part, que de 1986 jusqu'à août 2004, la patiente a été suivie par la Dresse B, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'autre part, que l'assurée a reçu du Surmontil depuis 10 ans. Il conclut à une évolution très favorable suite à la prescription d'un nouvel antidépresseur (Fluctine).

- Un rapport de séjour à la clinique de Nant du 28 au 29 janvier 1996 mentionnant une décompensation suite à un entretien avec le pédopsychiatre de son fils et diagnostiquant des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et une personnalité borderline.

- Un rapport du 14 janvier 2005 du Dr G, psychiatre et psychothérapeute FMH et psychiatre traitant de la demanderesse, selon lequel il suit celle-ci depuis 1998. Il explique qu'elle est connue **pour** des troubles psychiatriques depuis plus d'une vingtaine d'années, **que** suite à son divorce, il y a environ 5 à 6 ans, elle a repris une activité professionnelle à plein temps après avoir travaillé pendant de nombreuses années à 40 % environ et bénéficié d'une rente AI partielle. Il indique que les symptômes actuels font partie surtout du spectre dépressivo-anxieux ainsi que d'une consommation abusive d'alcool, notant principalement le sentiment de tristesse, de culpabilité, de perte de confiance en soi, la fatigue associée à des troubles du sommeil importants, l'anxiété avec des symptômes neurovégétatifs et de nature phobie sociale. Il diagnostique selon le DSM-IV un épisode dépressif majeur récurrent, une phobie sociale, un abus chronique d'alcool ainsi qu'une personnalité limite. Il estime que les troubles diagnostiqués nécessiteront probablement le passage à une invalidité d'au moins 50 %.

- Un rapport du 10 juin 2005 du Dr G diagnostiquant notamment un épisode dépressif majeur récurrent en rémission partielle de gravité actuelle légère. Les incapacités de travail comme secrétaire comptable sont les suivantes :

100 % du 2 mars 2004 au 12 juillet 2004

50 % du 13 juillet 2004 au 16 décembre 2004

100 % du 17 décembre 2004 au 30 janvier 2005

50 % depuis le 31 janvier 2005

Il résulte en outre des constatations effectuées par le Dr G le 10 juin 2005 que l'assurée donne l'impression d'avoir progressivement épuisé ses ressources psychiques, ayant notamment des difficultés à assumer ses trois derniers emplois, ce qui l'amène à une dévalorisation et à un constat personnel d'échec.

- Un rapport d'expertise psychiatrique du 17 octobre 2005 du Dr A, spécialiste FMH . en psychiatrie et psychothérapie. Les diagnostics retenus sont ceux de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. S'agissant de la capacité de travail, l'expert prévoit la possibilité d'une reprise de travail à 100% au 1er janvier 2006 en ajoutant que cela tient compte de l'amélioration clinique en cours qui va de pair avec une réduction de la posologie des antidépresseurs.

- Un courrier du 3 février 2006 du Dr G adressé au conseil de la demanderesse contestant l'appréciation de l'expert, lequel a maintenu ses conclusions le 12 avril 2006.

C. Par demande du 20 juin 2006, la demanderesse, représentée par son conseil Me Jean-Marie Agier, a conclu au versement par la caisse de demi-indemnités journalières à 78 fr. 35 du 1er janvier 2006 au 2 juin 2006 inclus et d'indemnités journalières entières de 165 fr. 70 du 3 juin au 13 juillet 2006 avec intérêts à 5 % l'an dès le jour de la demande.

Elle a produit :

- une lettre du 23 juin 2006 du Dr G mentionnant une aggravation notable de l'état de santé psychique de sa patiente, laquelle a

attenté à sa vie dans un but létal le 2 juin 2006 et a fait un séjour à l'Hôpital du Samaritain en soins intensifs puis à la Clinique de Nant, étant par la suite suivie en hôpital de jour dans cette même clinique. Le praticien explique que cette aggravation est due entre autres au conflit juridique avec la défenderesse et à la précarité économique importante dans laquelle elle vit. Il estime l'incapacité de travail totale pour une durée indéterminée, aucune tentative de réhabilitation n'étant envisageable au stade actuel.

- un second courrier du Dr G du 22 septembre 2006 faisant état d'un nouveau séjour à la Clinique psychiatrique de Nant à la suite de l'apparition d'une idéation suicidaire active. Il mentionne que la non-reconnaissance de sa souffrance et de l'incapacité de travail qui en découle, pourtant patente, est vécue par sa patiente sur un mode nettement amplifié comme une non-reconnaissance de son existence et un rejet global par la société.

- un rapport du 15 juin 2006 de l'Hôpital Riviera mentionnant que la demanderesse y a séjourné du 3 au 4 juin 2006, diagnostiquant un tentamen médicamenteux et mentionnant qu'au vu de la persistance du désir suicidaire clairement exprimé le 4 juin 2006, la patiente a été transférée d'office à la Clinique de Nant le même jour.

- un avis de sortie établi le 13 juin 2006 par la Clinique de Nant. Les diagnostics posés sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et une probable personnalité borderline avec sévères traits agressifs-passifs.

Dans sa réponse du 24 août 2006, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a produit notamment :

- une lettre datée du 12 avril 2006 de l'expert A, lequel, après avoir pris connaissance de la lettre du 3 février 2006 du Dr G, estime qu'il serait souhaitable que l'on reconnaisse naturellement une

capacité de travail de 100 % dès le 1er janvier 2006 dans un emploi adapté, c'est-à-dire plutôt sédentaire.

- une lettre du 18 octobre 2006 du Dr M, chirurgien orthopédique FMH, selon lequel, la demanderesse est d'emblée capable de travailler à 50 % et qu'elle est certainement capable de travailler à 100 % dans un travail adapté sans contact avec une quelconque clientèle.

D. Le dossier AI a été produit.

Il en résulte notamment que la demanderesse a été au bénéfice d'une rente AI limitée dans le temps de septembre 1995 à janvier 1996, fondée sur un taux d'invalidité de 50 %. A cette époque, la demanderesse travaillait à 50 %.

Une deuxième demande de prestations AI a été déposée le 13 avril 2005. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a mandaté le Dr L, psychiatre et psychothérapeute FMH à Genève, afin d'effectuer une expertise. Dans son rapport du 13 novembre 2006, l'expert psychiatre mentionne un rapport de séjour à la Clinique de Nant du 4 au 13 juin 2006 selon lequel la demanderesse a été hospitalisée d'office en raison de la persistance d'idées suicidaires chez une patiente qui a fait une tentative de suicide (ingestion d'alcool et de médicaments) et qui dit ne pas regretter son geste. Il est fait état d'une exacerbation de l'état dépressif depuis janvier 2006 suite à la suspension du paiement de ses indemnités perte de gains. La perspective d'une reprise de travail (ORP) en août 2006 exacerbe ses angoisses. Le diagnostic retenu est : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, personnalité borderline avec traits dépendants. Le Dr L mentionne également un autre rapport de séjour à la Clinique de Nant, du 8 au 21 septembre 2006, dont il résulte qu'a eu lieu une hospitalisation d'office en raison de symptômes dépressifs accompagnés d'un risque suicidaire élevé. Une augmentation des angoisses en vue d'une expertise AI a été

observée. Depuis sa dernière hospitalisation, l'assurée suit un traitement bihebdomadaire au centre de thérapie de Clarens et bimensuel chez le Dr G.

Dans son rapport du 13 novembre 2006, l'expert psychiatre diagnostique :

- Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique
- Phobies sociales

- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue
- Personnalité émotionnellement labile, type borderline
- Personnalité anxieuse
- Personnalité dépendante

Le Dr L observe que l'assurée ne présente pas de limitation physique et que la souffrance psychique, savoir un manque de force des difficultés de concentration et un ralentissement psychomoteur modéré à sévère ainsi qu'une thymie triste et une importante fatigabilité représentent les limitations fonctionnelles psychiques et mentales dans une activité de secrétaire comptable. Les difficultés d'affirmation de soi représentent une limitation au niveau social. L'expert estime que ces limitations fonctionnelles sont responsables d'une incapacité de travail de 100 %, la capacité résiduelle étant nulle, mais pas définitive et devrait être réexaminée dans deux ans. Il conclut que l'activité exercée n'est plus exigible actuellement, l'assurée présentant une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis le 2 mars 2004, de 50 % du 13 juillet au 16 décembre 2004 puis de 100 % du 17 décembre 2004 au 31 janvier 2005. Depuis le

31 janvier 2005, celle-ci a été en incapacité de travail à 50 % jusqu'au début du mois de juin 2006, puis à nouveau à 100 %. Enfin, l'expert juge que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables actuellement, mais pourraient être envisagées d'ici à deux ans. Il conviendra de lui proposer une reprise progressive, et d'éviter une confrontation trop brutale avec la clientèle. Ceci devrait permettre une reprise d'activité d'au moins 50 %.

La demanderesse a produit dans la présente procédure une lettre du 27 février 2007 du Dr A. Invité par la caisse à se prononcer sur l'expertise du Dr L, il a émis la plus grande réserve sur une incapacité de travail de 100 % depuis le 1er juin 2006, pouvant tout au plus envisager des arrêts de travail transitoires lors des séjours hospitaliers.

En droit :

1. Selon l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). 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; a fortiori en est-il ainsi d'une couverture individuelle succédant à une assurance collective. La demanderesse a dès lors la légitimation active, tout comme la défenderesse a la qualité pour défendre.

La compétence du Tribunal des assurances est reconnue pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie [RALV 1996 p. 119]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461). Selon les

conclusions de la demande, la valeur litigieuse est supérieure à 8'000 fr., plaçant la cause dans la compétence du tribunal, et non du juge instructeur statuant comme juge unique (art. 11 alinéa 1er de la loi vaudoise sur le Tribunal des assurances [ci-après : LTAs]).

Le Tribunal de céans est donc compétent et la demande est recevable.

2 En l'espèce, il y a lieu d'examiner la question de la capacité de travail de la demanderesse, partant, si c'est à juste titre que celle-ci requiert le versement d'indemnités journalières prévues par son contrat d'assurance.

Le Dr A après avoir diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission estime entière la capacité de travail de la demanderesse dès le 1er janvier 2006. Ces conclusions sont contestées par le Dr G, médecin traitant qui, dans son courrier du 3 février 2006, critique notamment le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, celui-ci ne pouvant être retenu. Il relève en outre le manque total de développement de l'atteinte au niveau de la personnalité de sa patiente alors qu'elle présente un trouble de la personnalité de type état limite avec des traits évitants, la présence d'un trouble si important étant un élément conditionnant fortement le pronostic. Il estime qu'une incapacité de travail de 50 % au moins doit être admise pour cette patiente motivée. Le Dr L, dans expertise du 13 novembre 2006, arrive aux mêmes conclusions que le Dr G. Il pose les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et phobies sociales, les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, personnalité émotionnellement labile, type borderline et personnalité anxieuse étant sans répercussion sur la capacité de travail. Il estime l'incapacité de travail 50 % depuis le 31 janvier 2005 jusqu'au début de mois de juin 2006, puis à nouveau de 100 %, des mesures de

réadaptation professionnelle n'étant pas envisageables actuellement, mais pourraient être envisagées d'ici à deux ans.

L'expertise du Dr L est fondée sur une anamnèse complète et détaillée, ce qui n'est pas le cas de l'expertise du Dr A dont l'anamnèse familiale décrit très sommairement l'enfance de la demanderesse, faisant uniquement mention d'un père "limite incestueux" alors que le Dr L indique notamment des troubles dépressifs et des tendances suicidaires dans les deux ascendances et des mauvais traitements de la part des deux parents qui la frappaient régulièrement pendant l'enfance, le père ayant exercé des abus sexuels sur sa fille, avec des attouchements à partir de 13 ans jusqu'à 18 ans. Sur le plan professionnel, le Dr A mentionne que dès l'année 1977, elle a connu une période sans activité professionnelle suite à son mariage et que c'est vers l'année 1998 qu'elle a repris une activité professionnelle à 100 % chez Ro à Crissier. Pour sa part, le Dr L relate qu'elle a dès 1986 et jusqu'en 1999 occupé divers emplois qu'elle a dû quitter à cause de problèmes dépressifs. Comme le relève le Dr G, on comprend mal sur quels éléments objectifs le Dr A se fonde pour estimer la capacité de travail de la demanderesse à 100 % dès le 1er janvier 2006. Les faits ont d'ailleurs infirmé son pronostic, puisque la demanderesse a dû être hospitalisées deux fois en 2006. En revanche les conclusions du Dr L sont bien étayées, il explique en effet que la demanderesse souffre d'une pathologie psychiatrique grave avec un trouble dépressif récurrent, ce trouble s'étant manifesté tôt dans sa vie, déjà à l'adolescence et ayant été responsable de plusieurs tentatives de suicide dont une tentative en juin 2006. Ce trouble a également nécessité de nombreux séjours hospitaliers ainsi qu'un traitement antidépresseur depuis plus de 20 ans. Les éléments anamnestiques mettent en évidence des symptômes psychotiques lors d'épisodes sévères. Ce trouble est associé à d'importantes comorbidités avec des phobies sociales et une personnalité borderline, anxieuse et dépendante. Elle présente une dépendance à l'alcool avec une rechute récente consécutive à la persistance de son état dépressif. Les plaintes de l'assurée correspondent

bien à l'observation clinique et il n'y a pas de discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Le Dr L observe en effet que la demanderesse présente une souffrance psychique, savoir un manque de force, des difficultés de concentration et un ralentissement psychomoteur modéré à sévère ainsi qu'une thymie triste et une importante fatigabilité représentent les limitations fonctionnelles psychiques et mentales dans une activité de secrétaire comptable. Les difficultés d'affirmation de soi représentent une limitation au niveau social.

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr L doit être préférée à celle du Dr. A. Convaincante et détaillée, elle correspond aux critères posés par la jurisprudence et a ainsi valeur probante.

Cela étant, il y a lieu d'admettre une incapacité de travail de 50 % de janvier 2005 au 2 juin 2006, puis de 100 % pour une durée indéterminée dès l'hospitalisation à l'Hôpital Riviera le 3 juin 2006.

2. a) La demanderesse a dès lors droit au versement d'indemnités journalières.

b) 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.

c) Les conditions générales applicables à l'assurance collective d'indemnité journalière maladie ont été produites. Selon la police d'assurance, le délai d'attente est de 30 jour par cas et la durée de 730 jours en 900 jours. Les jours d'incapacité de gain partiels sont considérés

comme des jours entiers dans le calcul de la durée des prestations (ch. CI des CGA).

Il résulte du décompte produit par la défenderesse que des indemnités journalières ont été versées du 12 août 2004 au 31 décembre 2005, savoir 537. Compte tenu du délai d'attente de 30 jours, il reste 193 indemnités journalières à verser savoir du 1^{er} janvier 2006 au 12 juillet 2006 inclus dont :

des demi-indemnités journalières du 1^{er} janvier jusqu'au 2 juin 2006 = 153 x 78 fr. 35 = 11'987 fr. 55;

des indemnités journalières entières du 3 juin au 12 juillet 2006 = 40 x 156 fr. 70 = 6'268 fr.

Au vu de ce qui précède, la demanderesse a droit à des indemnités journalières de 78 fr. 35 par jour du 1^{er} janvier au 2 juin 2006, soit 153 jours à 78 fr. 35, soit 11'987 fr. 55. La défenderesse doit encore à la demanderesse des indemnités journalières pour la période du 3 juin au 12 juillet 2006, soit 40 jours à 156 fr. 70, soit 6'268 francs.

Des intérêts moratoires sont dus, conformément à l'article 104 alinéa 1^{er} du code des obligations (CO) qui prévoit que le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an.

3. En définitive, la demande est admise, en ce sens que X a droit à des indemnités journalières, entre le 1^{er} janvier et le 12 juillet 2006, pour une somme totale de 18'255 fr. 55, avec intérêts à 5 % dès le dépôt de la demande.

4. Aux termes de l'article 26 bis LTAs, applicable par analogie en matière d'assurances complémentaires à la LAMal, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement et leur

montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès.

En l'espèce, la demanderesse, qui obtient gain de cause, a bénéficié des services d'un avocat, soit d'un mandataire dûment autorisé qui peut se voir accorder des dépens. Il a ainsi droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 francs.

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

I. Les conclusions de la demande déposée le 20 juin 2006 par la demanderesse X à l'encontre de la défenderesse La Y assurances, sont admises.

II. La défenderesse doit verser à la demanderesse des indemnités journalières entre le 1^{er} janvier et le 12 juillet 2006, pour une somme totale de 18'255 fr. 55 (dix-huit mille deux cent cinquante-cinq francs et cinquante-cinq centimes), avec intérêts à 5 % dès le dépôt de la demande.

III. La défenderesse versera à la demanderesse, soit à son conseil, la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :



La greffière :



Du 18 DEC. 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 CERTIFIE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier:

