

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. RITTE R, juge
Membres : Mme Maire et M. Baud, juges
Greffier : M. Addor, greffier-substitut

Jugement incident du 30 août 2007

dans la cause

X, représentée par l'avocate
Séverine Berger, à Lausanne, demanderesse au fond et instante à
l'incident,

contre

Y ASSURANCES SA, (ci-
après : Y, l'assureur ou la caisse), défenderesse au
fond et intimée à l'incident.

En fait :

A. X, née en 1959, ouvrière auprès d'A SA dès 2001, était assurée auprès de "La Z" Assurances au titre d'un contrat d'assurance-maladie collectif soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) souscrit par son employeur (police n° XXX). Cette police prévoyait la couverture de 80 % du salaire en cas d'incapacité de travail dès le 4^e jour pendant 727 jours. Elle était régie par les Conditions générales d'assurance MC 97 (ci-après : CGA). Y SA a repris de "La Z" Assurances l'entier des droits et obligations découlant de la police en question.

Une incapacité de travail totale a été annoncée à l'assureur dès le 26 juin 2004. Y a requis l'avis du Dr H, interniste FMH, qui a été établi le 27 septembre 2004 sur la base d'un examen du même jour. Cet expert a admis une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} novembre 2004, puis de 100 % à compter du 1^{er} janvier 2005.

L'assurée n'a néanmoins pas repris le travail. Elle a débuté un traitement le 1^{er} décembre 2004 auprès du service psycho-social du canton de Fribourg, qui a établi un rapport le 14 février 2005, faisant état d'une incapacité totale de travail du 1^{er} décembre 2004 jusqu'à fin février 2005, à réévaluer "à partir de cette date-là (sic)". Le diagnostic psychiatrique était celui d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques F 32.3". Ce rapport se limite à reprendre les dires de la patiente. Il ne comporte aucune constatation clinique.

L'assureur a alors mandaté le Dr S, psychiatre FMH, pour expertise, lequel a remis son rapport le 15 juillet 2005, fondé sur des examens des 27 mai et 1^{er} juin 2005, ainsi que des tests psychométriques des mêmes jours, le tout en présence d'un interprète indépendant. Dit praticien a retenu une capacité de travail de plus de 75 % dans l'ancienne activité, "éventuellement par souci de gain de paix dès le 1.2.2005 au plus tard". Le diagnostic posé sur l'Axe I DSM était "Etat

dépressif de gravité légère (souligné par l'expert, réd.) à moyenne sans symptômes psychotiques. Non ou très mauvaise observance au traitement (...)"

Y a pris en charge une incapacité totale, versant les indemnités journalières correspondantes, dès le 26 juin 2004 jusqu'au 31 octobre 2004, suivie d'une incapacité de moitié du 1^{er} novembre 2004 au 28 février 2005, aucune prestation n'étant allouée à compter du 1^{er} mars suivant.

B. X, représentée par l'avocate Séverine Berger, a ouvert action devant le Tribunal des assurances par demande du 24 octobre 2006, en concluant, avec suite de dépens, au versement de 32'998 fr. 30 en capital, représentant les indemnités journalières pour une incapacité totale dès le 1^{er} novembre 2004, plus intérêts à 5 % l'an dès le 31 mars 2005.

Dans sa réponse du 6 décembre 2006, la défenderesse Y a conclu au rejet de la demande.

Dans sa réplique du 5 mars 2007, la demanderesse a requis une expertise psychiatrique. Elle a produit un certificat de son médecin traitant, le Dr K, délivré le 15 février 2007. Il en ressort qu'elle est traitée par ce praticien pour un diabète de type II et par le service psychosocial du canton de Fribourg à Bulle pour une dépression chronique. L'incapacité de travail paraît entière, "sous réserve d'une confirmation psychiatrique".

Dupliquant le 26 mars 2007, la défenderesse a maintenu les conclusions prises dans son mémoire de réponse. Elle rappelle en substance que l'expertise réalisée par le Dr S est des plus explicites et que le certificat médical établi par le Dr K n'est pas de nature à venir en aide à la demanderesse. Y s'oppose donc à ce qu'une nouvelle expertise soit mise en oeuvre.

C. Le dossier de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a été produit. Il comporte notamment un autre rapport du service psycho-social, du 15 décembre 2005, aux termes duquel une incapacité totale de travail a été reconnue à l'assurée du 1^{er} décembre 2004 au 16 novembre 2005, date à laquelle elle doit être réévaluée. Un épisode dépressif sévère ayant une répercussion sur la capacité de travail a notamment été diagnostiqué (F 32.2). L'intéressée a en outre été hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique du canton de Fribourg à Marsens du 7 au 29 avril 2005. Dans le rapport du 13 mai suivant, le Dr P et la Dresse M ont diagnostiqué un épisode dépressif avec symptômes somatiques (F 32.11) ainsi qu'un diabète de type II. Ils ne se sont en revanche pas prononcé sur la capacité de travail. Dans un rapport du 31 octobre 2006, le Service médical régional du canton de Fribourg (ci-après : SMR FR) contredit l'avis des médecins du service psycho-social exprimé dans leur rapport du 15 décembre 2005. Il diagnostique en effet un état dépressif de gravité légère à moyenne sans symptômes psychotiques ainsi qu'une personnalité à traits de fonctionnement passifs-dépendants, la capacité de travail étant entière dans l'activité antérieure ainsi que dans toute activité légère sans port de charges lourdes. Par projet de décision du 2 mars 2007, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris de ce que l'assurée ne présente pas un taux d'invalidité ouvrant droit à une rente au sens de la loi.

Les parties se sont déterminées à son sujet. Si la demanderesse n'a pas de déterminations particulières à formuler, la défenderesse relève en revanche que la position de l'assurance-invalidité rejoint la sienne, en ce sens qu'elle considère que l'intéressée est à même d'exercer une activité à plein temps du type de celle qu'elle avait auprès de l'entreprise A SA et qu'il n'y a au surplus pas lieu de mettre en oeuvre une nouvelle expertise.

D. Par décision incidente du 9 juillet 2007, le Juge instructeur a refusé de donner suite à la requête d'expertise, au motif que le dossier est suffisamment instruit sur le plan médical.

Par écriture du 23 juillet 2007, la demanderesse, représentée par son conseil, s'est opposée à cette décision. Elle fait valoir que l'expertise S n'est pas probante. Elle soutient que la présence d'un interprète indépendant "a faussé l'appréciation de l'expert" et que c'est à tort que cet expert a relevé une mauvaise compliance au traitement.

En droit:

1. **a)** Interjetée le lundi 23 juillet 2007 contre une décision incidente du 9 juillet précédent, l'opposition l'a été dans le délai légal de dix jours dès la notification de la décision contestée; elle est ainsi recevable en la forme (art. 16 al. 1er de la loi vaudoise sur le Tribunal des assurances, [ci-après : LTAs]), vu la prorogation au premier jour utile suivant des délais échéant un samedi (art. 38 al. 4 du code de procédure civile vaudois [CPC], par analogie).

b) Pour ce qui est de la compétence *ratione loci* de la juridiction de céans, eu égard au lieu de résidence fribourgeois de la demanderesse, il doit être relevé que l'article F 3 des CGA applicables au contrat ici en cause comporte une prorogation de for en faveur du juge vaudois.

Le présent litige relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 (RSV 2.2 D; JdT 1999 III 106, consid. 4 et 5).

2. L'article 85 alinéa 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA) prévoit la maxime officielle en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

(LAMaI). En droit cantonal, ce principe est régi par l'article 13 bis LTAs, lequel dispose que, d'office ou sur requête, le juge instructeur ordonne les mesures d'instructions qui lui paraissent nécessaires (al. 1^{er}). A ce titre, il suffit donc de déterminer si le dossier permet de statuer sur le fond en l'état.

3. a) Les seules questions déterminantes pour l'issue du litige sont celles de savoir si le fait que des avis médicaux contradictoires aient été émis quant à la capacité de travail de la demanderesse durant la période ici en cause justifie une nouvelle expertise, respectivement s'il existe des motifs infirmant l'expertise S.

b) L'expertise S ne comporte aucune lacune. En particulier, elle énonce l'anamnèse de l'expertisée, les diagnostics et les constatations, ainsi que leurs effets sur la capacité de travail, pour la période qui est ici litigieuse. En outre, elle est confirmée par le SMR FR. Au surplus, elle prend expressément position quant à l'avis des médecins du service psycho-social (cf. rapport d'expertise du 15 juillet 2005, p. 17).

Pour leur part, les médecins du service psycho-social se limitent à émettre un avis contraire à celui des praticiens indépendants de la demanderesse, sans indiquer les faits qui, selon eux, invalideraient cette opinion. Au surplus, l'hospitalisation en milieu psychiatrique semble avoir été faite plus à des fins d'observation que thérapeutiques. Enfin, le certificat du Dr K du 15 février 2007 apparaît singulièrement concis et réservé.

c) Pour le reste, le moyen selon lequel la présence d'un interprète indépendant "a faussé l'appréciation de l'expert" est manifestement erroné, et frise même la témérité. En effet, c'est bien plutôt le défaut d'interprète qui aurait entravé la compréhension entre expertisée et expert. Il en va d'autant ainsi que, lorsque l'assurée a été examinée par l'expert en présence de son époux, celui-ci s'est massivement immiscé dans la relation avec le Dr S, à telle enseigne que les propos de

l'intéressée ont été différents en l'absence de son conjoint (cf. rapport d'expertise du 15 juillet 2005, p. 16).

d) Une divergence d'opinion entre praticiens ne justifie nullement, à elle seule, de nouvelles mesures d'instruction, s'agissant en particulier d'une expertise. Ce d'autant que les opinions dont se réclame l'assurée émanent de praticiens qui lui ont prodigué des soins, et qui n'ont donc pas envers elle le rapport d'indépendance dont dispose un expert. Bien plutôt, ces différents avis pourront être confrontés par les juges du fond pour ce qui est de leur force probante. On ne voit au surplus pas en quoi une nouvelle expertise permettrait de déterminer la compliance au traitement de l'assurée durant la période ici en cause, qui débute le 1er novembre 2004.

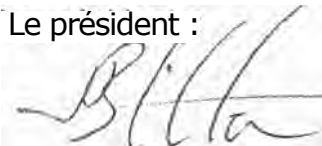
4 Au vu de ce qui précède, l'opposition est mal fondée et doit être rejetée, ce qui entraîne le maintien de la décision incidente entreprise.

Les dépens de l'incident suivent le sort de la cause au fond.

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

- I. L'opposition est rejetée.
- II. La décision incidente attaquée est confirmée.
- III. Les dépens de l'incident suivent le sort de la cause au fond.

Le président :



Le greffier :



Du **18 OCT. 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).

EXPÉDITION CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :

ns



Le greffier: