



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. DONZ EL, juge ad hoc
Membres : MM. Rousselle et Monod, assesseurs
Greffier : M. Addor, greffier-substitut

Jugement du 25 septembre 2007

dans la cause

X, représenté par l'avocat Jean-
Michel Dolivo, à Lausanne, demandeur,

contre

Y Assurance, (ci-après : Y, l'assureur ou la caisse),
défenderesse.

Art. 12 al. 3 LAMal et 33 LCA

En fait :

A. X, né en 1958, originaire de Bosnie, domicilié à Yverdon-les-Bains, est arrivé en Suisse en 1996. Il est marié et père de trois enfants, S, née en 1976, R, né en 1978 et M, née en 1986.

Dès le 1^{er} octobre 2002, il a travaillé comme hygiéniste en machines au service de l'entreprise H SA, à Orbe. Le 31 mars 2003, il a été victime d'un accident professionnel. Alors qu'il nettoyait la chaîne de garnissage, celle-ci est tombée et en voulant la relever, il a subi une récurrence de hernie inguinale gauche et des lombalgies vives. Il a été hospitalisé à St-Loup où il a subi, le 2 avril 2003, une cure de hernie inguinale gauche. Il a quitté cet établissement le 4 avril 2003.

Le cas a été pris en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), qui a versé à l'assuré une indemnité journalière de 99 fr. 75 et a assumé les frais de traitement. Par décision du 24 décembre 2003, la CNA a mis fin à ses prestations au 1^{er} janvier 2004.

L'intéressé a été affilié auprès de la Y dès le 1^{er} octobre 2002 pour une indemnité journalière LCA en cas de maladie de 80 % du salaire durant 730 jours avec un délai d'attente de 7 jours, dans le cadre d'un contrat d'assurance collective (police n° XXX) liant son employeur à cette caisse-maladie. Après avoir perdu son emploi, il a passé à l'assurance individuelle de la caisse le 1^{er} septembre 2003. Le 26 janvier 2004, son médecin traitant, le Dr F a écrit à la Y et exposé le cas de son patient. Il indique que celui-ci a été traité pour une tuberculose pulmonaire non-bacillaire, qu'il l'a consulté relativement peu, la plupart du temps pour des troubles du sommeil, des cauchemars et des troubles à caractère somatoforme, qu'il a fait la guerre en Bosnie et a été prisonnier, qu'il a été victime d'un accident qui a provoqué une récurrence de hernie inguinale, que l'évolution est défavorable avec, dans les suites,

l'apparition de douleurs lombaires et d'un syndrome douloureux chronique rebelle résistant à la plupart des traitements institués et que, parallèlement, il constate l'aggravation de l'état psychologique du patient malgré une prise en charge relativement régulière. Il joint une attestation du 17 décembre 2003 établie par la Dresse D et C, psychologue FSP, d'Appartenances. Ils relèvent que l'assuré souffre d'un trouble de l'adaptation, s'accompagnant d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en lien avec des lombalgies invalidantes. Ils ajoutent que ces troubles sont aggravés par une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe qui, déjà en mars 2001, s'accompagnait d'un trouble dépressif récurrent sévère.

Chargé d'une expertise par Y, le Dr G, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi un rapport le 8 mars 2004. Il pose le diagnostic de "Trouble somatoforme douloureux persistant sous la forme de lombalgies avec pseudo-sciatalgies bilatérales". Il indique que son atteinte actuelle à la santé réside essentiellement dans une comorbidité psychologique dont le diagnostic précis et la gravité restent à étayer par une expertise psychiatrique réalisée prochainement. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré est entière dans n'importe quel domaine d'activité professionnelle. La caisse a alors chargé le Dr B, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, de procéder à une expertise psychiatrique. Il a établi son rapport le 10 mars 2004. Il pose le diagnostic suivant selon CIM-10 :

F32.8 : autres épisodes dépressifs,
F45.4 : syndrome douloureux somatoforme persistant,
F43.1 : état de stress post-traumatique.

L'expert prévoit une reprise du travail dans les trois mois et demi, soit 50 % au 30 juin 2004 et 100 % dès le 31 juillet 2004.

Par lettre du 10 mai 2004, Y a informé l'assuré que dès le 1^{er} juillet 2004, les indemnités journalières seraient versées au taux de 50% et que dès le 1^{er} août 2004, il était apte à reprendre le travail à 100 pour-cent.

L'assuré a été hospitalisé au Centre de psychiatrie du Nord vaudois du 11 au 28 mai 2004.

Dans un rapport du 21 juin 2004, la Dresse M, cheffe de clinique du secteur psychiatrique Nord et le Dr R, médecin-assistant, posent les diagnostics suivants (CIM-10) :

F33.3 : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques,

F43.1 : état de stress post-traumatique.

Le Dr F a établi, les 10 et 28 août 2004, deux certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail de son patient du 28 juillet au 31 octobre 2004.

Par lettre du 23 juillet 2004, précisée le 6 décembre 2004, le Dr B, après avoir relu son rapport, ne voit, sur la base des nouvelles informations communiquées, aucun élément susceptible de remettre en cause ce rapport.

La caisse a confirmé le 2 septembre 2004 qu'elle mettait un terme à ses prestations d'indemnités journalières dès le 1^{er} août 2004.

B Par demande du 2 novembre 2004, X, représenté par l'avocat Jean-Michel Dolivo, a ouvert action devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud et a conclu à ce que Y soit tenue de lui verser des indemnités journalières pleines et entières dès le 1^{er} août 2004 et jusqu'à ce qu'il ait retrouvé une capacité de travail de 100 pour-cent. Il invoque notamment un certificat du 4 octobre 2004 de la

Dresse D, indiquant que la force des symptômes présentés et leur importance quantitative entraînent actuellement une incapacité de travail de 100 pour-cent.

Dans sa réponse du 9 décembre 2004, la caisse conclut au rejet de la demande. Se fondant sur le rapport B, elle estime que le status du demandeur est nettement hors du registre médical et que, même si une incapacité de travail devait être retenue pour raisons de santé, il y aurait lieu de constater que celle-ci est manifestement liée à un risque que la défenderesse n'assure pas, à savoir une réactivation du traumatisme subi en Bosnie.

Par réplique du 14 février 2005, le demandeur, se fondant notamment sur un avis de la Dresse D du 10 février 2005, souligne que les diagnostics posés, y compris les psychopathologies, relèvent du registre médical et ont conduit à une incapacité totale de travail.

Dupliquant le 6 avril 2005, Y a confirmé sa position antérieure. Elle joint un rapport du Dr B du 30 mars 2005 se déterminant sur l'avis précité de la Dresse D. Il maintient qu'il n'existe aucun argument médical justifiant la poursuite d'un arrêt de travail, considérant que les douleurs ressenties par l'intéressé n'ont pas objectivement l'intensité qu'il leur porte et n'induisent pas véritablement tous les troubles qu'il dit avoir et qu'il met en scène. Il rappelle en outre que l'assuré ne prend pas les traitements prescrits.

Se déterminant sur le rapport du Dr B le 10 mai 2005, le demandeur a indiqué qu'il a été traité de 1998 à 2003 par un psychologue pour lui permettre de surmonter les séquelles subies du fait du conflit en Bosnie. A l'époque, aucun médicament ne lui avait été prescrit. Ce n'est qu'après son accident de travail du 31 mars 2003 que les atteintes à la santé physique et psychique ont conduit à une incapacité de travail, ce qui n'était pas le cas auparavant. Il maintient pour le surplus les conclusions de sa demande.

Le 31 mai 2005, la défenderesse a rappelé que des facteurs psycho-sociaux non pertinents prédominent. De plus, l'incapacité de travail de X est due à un risque (réactivation d'un traumatisme subi en Bosnie) qu'elle n'assure pas.

C. Le dossier AI du demandeur a été produit. Il contient notamment un rapport d'expertise psychiatrique établi le 29 juin 2006 par le Dr A, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui estime, sur la base d'un diagnostic tout à fait comparable à celui du Dr B et à ses yeux sans répercussion sur la capacité de travail, qu'à part dans les phases de crises, qui durent quelques journées au maximum, l'incapacité de travail n'a jamais dépassé 20 pour-cent. Il ajoute que, du point de vue psychiatrique, l'assuré est sans autre capable de s'adapter à son environnement professionnel, même s'il vit en retrait de la société. Pour l'expert, une activité lucrative est plutôt un entraînement pour des fonctions sociales.

Parties se sont déterminées sur le dossier AI.

Le 22 novembre 2006, le demandeur indique que le diagnostic du Dr A diffère sur des points essentiels de celui du Dr Be, chef de clinique au centre de psychiatrie du Nord vaudois. Dans un rapport du 20 novembre 2006 produit par le demandeur, ce praticien diagnostique un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques. Dès lors qu'il s'agit d'une atteinte particulièrement grave à la santé psychique, le demandeur en déduit une incapacité totale, ou en tout cas partielle, de travail. Il complète ses déterminations le 4 décembre 2006 en produisant un rapport du 27 octobre 2006 signé du Dr Be et de la Dresse W, du centre de psychiatrie du Nord vaudois, faisant état d'un état de stress post-traumatique ainsi que d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, ce qui contredit selon lui les observations du Dr B ainsi que celles du Dr A. Il estime dès lors avoir droit aux prestations sollicitées.

Complétant ses déterminations le 22 mai 2007, le demandeur a relevé que le rapport médical établi le 20 décembre 2006 par le Dr Be indique que les graves atteintes à sa santé dont il est victime existent depuis sa première hospitalisation en mai 2004. Le rapport mentionne qu'à cette date, son incapacité de travail était totale, de sorte que le demandeur estime avoir droit à ses prestations d'indemnités journalières durant toute la période de la couverture d'assurance, soit 730 jours.

Pour sa part, Y a confirmé ses conclusions le 16 novembre 2006, puis le 14 décembre suivant. Elle a précisé que les rapports des 27 octobre et 20 novembre 2006 ne se déterminent pas sur les conclusions des experts et qu'au surplus, les prestations de la caisse ne peuvent concerner que 730 jours dès le 1^{er} janvier 2004, une éventuelle modification de l'état de santé survenue postérieurement à cette période n'ayant pas à être prise en compte. Elle a maintenu ses conclusions le 21 mai 2007.

D. Sur réquisition du Juge instructeur du 11 janvier 2007, le demandeur a produit les rapports d'Appartenances rendus au sujet de l'état de santé de l'assuré en 1999, 2001, 2003 et 2004.

Se déterminant le 1^{er} mars 2007, Y rappelle l'importance des facteurs psycho-sociaux dans le cas de l'assuré, mise en évidence par le Dr B ainsi que par le Dr A. Elle ajoute que la CNA ainsi qu'elle-même sont déjà intervenues à la suite de l'accident, au demeurant de gravité légère, et elle maintient pour le surplus ses conclusions.

En droit:

1. a) Dans un arrêt S. P. contre "La Suisse" Assurances, du 24 juin 1998 (JdT 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, 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; 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 (JdT 1999 III 106, consid. 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 JdT 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, spec. 763 ss).

Un recours en réforme interjeté par "La Suisse" Assurances contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral (TF) a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II^e 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; JdT 1999 III 106, consid. 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 loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : 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, JdT 1998 I 377; ATF 123 V 324, consid. 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).

2. Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre ou non que la défenderesse a mis fin à la date du 1^{er} août 2004 au versement de l'indemnité journalière pour perte de salaire octroyée au demandeur dès le 1^{er} janvier 2004, en se fondant sur le rapport de l'expert B du 10 mars 2004.

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, 2^e 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; 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. 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. 2 LCA, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2007, [RO 2005, 5245, 5250]) 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.

b) Pour trancher ce litige, il convient d'appliquer les dispositions topiques des conditions générales régissant l'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA de la défenderesse, édition 1998. Selon l'article 16 de ces conditions, il y a incapacité de travail lorsque l'assuré se trouve totalement ou partiellement dans l'incapacité d'exercer sa profession et toute autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui. En cas d'incapacité de travail complète de l'assuré médicalement attestée, c'est l'indemnité journalière convenue dans le contrat qui est versée (art. 12). En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 pour-cent, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail (art. 13).

c) En matière d'assurances sociales, le juge examine de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décide 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a et les réf.; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214). Au demeurant, l'élément déterminant la valeur probante d'une pièce n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références citées).

Les expertises confiées à des médecins spécialistes extérieurs dans le cadre d'une procédure administrative, qui établissent leur rapport sur la base d'examens et d'observations approfondis et après avoir pris connaissance des dossiers et qui parviennent à des résultats concluants dans leurs commentaires des résultats, bénéficient de force probante intégrale pour l'appréciation des preuves, à moins qu'il n'existe des indices concrets mettant en cause leur crédibilité (RAMA 1993 n° U 167 p. 96 consid. 5a et les références citées).

Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin-traitant tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 124 1175, consid. 4 et les références citées). Quant aux expertises des parties, le seul fait que le document ait été commandé par une partie et produit dans la procédure ne permet pas d'avoir des doutes quant à sa force probante (RCC 1986 p. 200 consid. 2a in fine).

Pour ce qui concerne l'importance à accorder aux rapports médicaux dans le domaine des assurances sociales, des exigences sévères doivent toutefois être posées quant à l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 161, consid. 1c, cité in VSI 2001 p. 106).

Enfin, 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 anticipée; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; Kummer. Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., p. 135; cf. aussi ATF 104 V 210, consid. a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 de la Constitution fédérale (ATF 106 Ia 162, consid. 2b; RAMA 1985 no K 646 p. 238 consid. 2d).

Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance-maladie complémentaire (cf. TAss VD, F. c. S. jugement n° AMC 11/03 —1/2005, du 25 novembre 2004).

4. Dans son rapport d'expertise, le Dr B, psychiatre FMH, indique qu'il a eu un entretien d'une heure quinze avec l'assuré, qu'il s'est entretenu par téléphone avec le Dr F et la Dresse D et qu'il a pris connaissance du dossier. Il ajoute qu'un interprète était présent lors de l'entretien. Le Dr B relève, en conclusion, qu'il existe des symptômes de surcharge psychogène inconscients consistant à exagérer grossièrement des symptômes algiques et, en conséquence, divers symptômes psychiques, qu'il s'agisse de trouble de l'humeur ou de sensations douloureuses. De plus, l'assuré ne fait pas tout son devoir d'efforts pour retrouver sa capacité de travail en prenant les traitements prescrits (rapport d'expertise du 10 mars 2004, p. 15).

Ce point de vue est formellement contesté par le Dr F et la Dresse D.

Dans sa lettre du 13 juillet 2004, le premier fait état d'une certaine discordance entre les "constatations objectives sur l'état actuel" et le diagnostic retenu finalement, plus particulièrement en ce qui concerne les troubles de l'humeur.

Quant à la seconde, elle relève, dans son écriture du 4 octobre 2004, que la forme des symptômes présentés et leur importance quantitative entraînent actuellement une incapacité de travail de 100 pour-cent.

Il y a en outre lieu de souligner que les différents psychiatres ayant examiné le patient aboutissent à des diagnostics concordants : le Dr B, les psychiatres du centre psychiatrique du Nord vaudois, la Dresse D ainsi que le Dr A retiennent l'existence d'un trouble dépressif récurrent avec caractéristiques psychotiques, un trouble somatoforme douloureux persistant et un état de stress post-traumatique. Trois hospitalisations dans des circonstances dramatiques (du 11 au 28 mai 2004, à la suite du courrier de la défenderesse du 10 mai 2004; du 14 octobre au 1^{er} novembre 2005 et du 27 septembre au 6 octobre 2006 à la suite d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive liée à la réception du rapport du Dr A en ce qui concerne le troisième séjour [cf. courrier de X du 29 septembre 2006 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud]) attestent clairement de la gravité des décompensations psychiques du demandeur.

La question est dès lors celle de la capacité de travail en-dehors des décompensations.

A cet égard, force est de constater que tant le Dr B que le Dr A aboutissent à des conclusions tout à fait concordantes, à savoir que ces troubles ne sont pas invalidants en-dehors des périodes de

crises. Si. les critiques adressées au rapport du Dr B n' apparaissent pas dénuées de toute pertinence, il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'elles émanent des médecins traitants et qu'elles portent avant tout sur des divergences d'interprétations de faits constants.

Ainsi, la force probante de ces rapports au sens de la jurisprudence rappelée plus haut (cf. considérant 3c) est indéniable, de sorte qu'il y a lieu d'admettre l'absence d'incapacité de travail d'origine psychiatrique.

C'est donc à juste titre que la défenderesse a considéré, sur la base du rapport du Dr B du 10 mars 2004 notamment, que l'intéressé était apte à reprendre le travail à 100 % dès le 1^{er} août 2004 et a ainsi mis un terme au versement des indemnités journalières à cette date.

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

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

- I. La demande est rejetée.
- II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



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).

Le greffier :

