

TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme BAUD, juge

Greffier : M. Steinmann, greffier-substitut

Jugement incident du 29 décembre 2005

dans la cause

X, défendeur au fond et instant à l'incident, représenté
par l'avocat Minh Son Nguyen, audit lieu,

contre

Y ASSURANCES (ci-après : Y ou la compagnie),
demanderesse au fond et intimée à l'incident, représentée par
l'avocat Jean-François Croset, audit lieu.

**Art. 1^{er} du décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances
de la compétence du contentieux des assurances complémentaires
l'assurance-maladie, du 20 mai 1996.**

En fait

A. a) X, né le 19 mai 1967, était au bénéfice, depuis le 1er novembre 1995, d'une assurance individuelle perte de salaire auprès de Y, dont la police prévoyait le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie de 138 fr., payable dès le 31ème jour d'incapacité de travail, durant au maximum 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

Selon les conditions générales d'assurance applicables (ci-après CGA), l'assurance susmentionnée couvrait les conséquences économiques d'une maladie dans les limites des dispositions contractuelles (art. 1 al. 1 CGA). Etais qualifié de maladie tout trouble involontaire du fonctionnement de l'organisme, médicalement décelable et n'étant pas dû à un accident (art. 1 al. 2 lit. a CGA).

S'agissant plus particulièrement du versement des indemnités journalières, l'article 5 des CGA stipulait notamment ce qui suit :

en cas d'incapacité de travail dûment attestée par un médecin, la compagnie verse l'allocation journalière assurée proportionnellement au taux d'incapacité de travail (al. 1);

si l'assuré est au bénéfice des prestations de la caisse nationale d'assurance en cas d'accidents, de l'assurance militaire fédérale ou de l'assurance-invalidité fédérale, la compagnie verse la part du salaire non couverte par ces institutions, mais au maximum l'allocation journalière assurée. Les éventuelles réductions opérées par les institutions précitées n'augmentent pas les obligations de la compagnie (al. 3);

lorsque les institutions mentionnées au 3ème alinéa ci-dessus versent leurs prestations avec effet rétroactif ou que l'assuré avertit tardivement la compagnie qu'il bénéficie de telles prestations, l'assuré est tenu de restituer à la compagnie la part des allocations journalières qui dépasse le salaire effectivement perdu compte tenu des prestations de ces institutions (al. 4).

b) Du 23 septembre 1998 au 22 août 2000, des indemnités journalières, d'un montant total de 53'820 fr., ont été versées par la compagnie à l'assuré.

Par décision du 31 janvier 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAD) a reconnu à X un droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) et ce, à partir du 1^{er} novembre 1997.

B. En date du 19 juillet 2000, X a adressé une demande à la Cour civile du Tribunal cantonal (ci-après : Cour civile), dans laquelle il concluait, avec dépens, au paiement par Y d'indemnités journalières supplémentaires en sa faveur, pour un montant total de 22'709 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} décembre 1998.

Dans sa réponse du 19 mars 2001, Y a conclu au rejet des conclusions de la demande, en réservant tous ses droits découlant d'une éventuelle surindemnisation, liée aux prestations qui pourraient être allouées à l'assuré par les différentes assurances sociales.

Par duplique complémentaire du 30 octobre 2003, la compagnie a introduit une conclusion reconventionnelle, tendant au paiement par X d'un montant de 53'820 fr., avec intérêts au taux de 5 % l'an dès le 1^{er} septembre 1999. Y alléguait que l'assuré avait été surindemnisé, dès lors que, durant la période au cours de laquelle elle lui avait versé des indemnités journalières - soit entre le 23 septembre 1998 et le 22 août 2000 - il avait également bénéficié de prestations de l'AI et de la prévoyance professionnelle (PP). Se fondant sur l'article 5 alinéa 4 de ses CGA, elle exigeait ainsi de X la restitution des prestations versées en trop, soit la part dépassant le salaire effectivement perdu.

En date du 30 janvier 2004, la caisse AVS de la Fédération patronale vaudoise a produit, à l'attention de la Cour civile, un décompte des prestations de l'AI, dont il ressort que, pour la période allant du 1^{er} novembre 1997 au 31 août 2002, le montant total dû en faveur de X à titre de rente s'élève à 61'204 fr. 50, sous déduction de la somme de 20'000 fr. ayant été

versée à l'assuré à titre provisoire, en date du 15 janvier 2003. Sur ce point, la caisse AVS précitée précisait, dans un courrier daté du même jour, ce qui suit : *" Etant donné que X est en litige avec Y Assurances en ce qui concerne la question de la surindemnisation, aucune décision formelle n'a encore pu être notifiée. Toutefois, sur demande de l'assuré, nous lui avons versé un montant de 20'000 fr. à titre de versement provisoire dans l'attente des déterminations de l'assureur. Le dossier est, à ce jour, toujours en suspens "*

Suite à ce décompte, Y a, dans son mémoire de droit du 11 octobre 2004, réduit sa conclusion reconventionnelle au montant de 29'322 fr. 74 et pris la conclusion nouvelle suivante : *ordre est donné à X d'autoriser sans délai la caisse AVS de la Fédération patronale vaudoise verser à Y Assurances le montant de 29'322 fr. 74"*

Par jugement du 1^{er} juin 2005, la Cour civile a, d'une part, rejeté les conclusions reconventionnelles de Y et, d'autre part, reconnu cette dernière débitrice de X d'indemnités journalières supplémentaires d'un montant total de 8'625 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 9 août 2000. Pour ce qui est de la surindemnisation, la Cour civile relevait, au considérant IV de son jugement, que la compagnie n'avait pas apporté la preuve que X avait perçu des prestations de la PP ou de l'assurance-chômage. En outre, s'agissant de l'AI, elle précisait ce qui suit : *"la caisse AVS indique, dans son décompte du 30 janvier 2004, avoir viré au demandeur, au bénéfice d'une rente AI octroyée par décision du 31 janvier 2002, la somme de 20'000 fr. à titre de versement provisoire; cette somme de 20'000 fr. concerne toutefois une période beaucoup plus large que celle litigieuse, de sorte qu'elle ne saurait être imputée sur le montant à allouer au demandeur. En outre, si l'OAI a notifié au demandeur la décision d'octroi d'une rente AI, il n'a pas notifié de décision formelle quant à la quotité de cette rente au sens de l'article 49 LPGA, de sorte que le demandeur ne peut pas être considéré, en l'état, comme bénéficiaire de prestations AI. Par conséquent, seul l'article 5 alinéa 4 CGA pourra éventuellement s'appliquer une fois les décomptes établis par l'AI. Cas échéant, le demandeur s'exposera alors au risque de se voir imputer le moment venu tout ou partie des sommes allouées dans le cadre de la présente procédure. Enfin, il convient de relever qu'à supposer que les alinéas 3 et 4 de l'article 5*

CGA s'appliquent, la défenderesse ne serait pas autorisée à exiger la restitution du trop versé, puisque les prestations rétroactives de IA1 n'ont précisément pas été versées au demandeur. D'ailleurs, dans son mémoire de droit, la défenderesse ne réclame plus une restitution de la part du demandeur, mais le versement par la caisse AVS du montant litigieux. Les conclusions reconventionnelles de la défenderesse doivent dès lors être rejetées. "

Le jugement de la Cour civile n'ayant pas fait l'objet d'un recours, il est devenu définitif et exécutoire.

C. a) Par demande du 30 juin 2005, Y, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Jean-François Croset, a ouvert action devant le Tribunal des assurances, en concluant, avec suite de frais et dépens

à ce que X soit reconnu son débiteur de la somme de 29'322 fr. 74, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} septembre 1999,

à ce que la caisse AVS de la Fédération patronale vaudoise soit autorisée à lui verser le montant de 29'322 fr. 74.

La compagnie articulait la somme faisant l'objet de ses conclusions de la manière suivante;

- indemnités journalières versées du 23 septembre 1998 au 22 août 2000:	53'820 fr.
- indemnités journalières allouées par la Cour civile :	8'625 fr.
- prestations AI versées durant la même période :	29'322 fr. 74
- total des prestations d'assurances :	91'767 fr. 74
- gain perdu : _____	62'445 fr.
- surindemnisation : _____	29'322 fr. 74

Par ailleurs, elle notait que selon la jurisprudence de la Chambre des recours du Tribunal cantonal, l'autorité de céans était compétente pour connaître de la présente cause, dès lors que celle-ci avait trait à une assurance complémentaire perte de gain en cas de maladie, soumise à la loi fédérale sur

le contrat d'assurance (ci-après : LCA).

b) Une audience d'instruction a été tenue le 26 septembre 2005, au cours de laquelle X a invoqué l'exception de l'autorité de la chose jugée, en faisant valoir que la question de la surindemnisation avait été tranchée au considérant **IV** du jugement de la Cour civile du 1^{er} juin 2005 et que dite question ne pouvait par conséquent pas être réexaminée par l'autorité de céans.

A cette même occasion, il a été convenu, d'entente avec les parties, d'appeler en cause la caisse AVS de la Fédération patronale vaudoise dans le cadre de la présente procédure.

D. En date du 10 octobre 2005, X, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Minh Son Nguyen, a déposé une requête incidente, par laquelle il soulevait le déclinatoire et l'exception de l'autorité de la chose jugée et concluait ainsi à l'irrecevabilité de la demande du 30 juin 2005 déposée par Y devant l'autorité de céans. Il ressort de ladite requête, en substance, l'argumentation suivante :

Y fait valoir que l'on est, dans le cas d'espèce, en présence d'une assurance complémentaire, tombant sous le coup de la jurisprudence de la Chambre des recours du Tribunal cantonal élargissant le champ de compétence du Tribunal des assurances;

selon dite jurisprudence, peut être qualifiée d'assurance complémentaire, une assurance qui présente un lien matériel immédiat avec l'assurance-maladie sociale ou dont la vocation est de compléter le catalogue des prestations assurées selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après: LAMal). Le Tribunal cantonal a ainsi qualifié comme étant une assurance complémentaire une assurance collective d'indemnités journalières dont le risque couvert - la maladie - est le même que celui visé à titre principal par la LAMal et dont les prestations assurées sont de même nature que celles prévues aux articles **67** et suivants LAMal;

dans le cas d'espèce, le risque assuré est l'incapacité de travail correspondant, selon les CGA de Y, à une impossibilité d'assurer une activité lucrative. La couverture est donc plus large que celle garantie par la LAMal;

en outre, les prestations garanties par Y ne sont pas de même nature que celles des articles 67 et suivants LAMal. En effet, bien que la police d'assurance fixe une indemnité journalière, celle-ci n'est pas en proportion du salaire de l'assuré. Or, les lois de la sécurité sociale prévoient des valeurs maximales comme base de calcul. S'agissant de la présente cause, on constate que la police d'assurance ne contient pas de valeur maximale assurée, ce qui montre que l'on se trouve en dehors du champ d'application de l'assurance complémentaire;

cela étant, la jurisprudence dont se prévaut Y n'est pas applicable au cas d'espèce, de sorte que le Tribunal des assurances n'est pas compétent pour connaître de l'action ouverte par celle-ci contre X. Il convient donc de soulever expressément le déclinatoire;

qui plus est, il y a lieu de relever que Y n'a pas requis le déclinatoire dans le cadre du procès ouvert devant la Cour civile. Bien plutôt, elle a pris des conclusions reconventionnelles après s'être réformée, de sorte qu'elle a été liée par l'instance;

dès lors que la question de la surindemnisation a été réglée par le jugement de la Cour civile du 1^{er} juin 2005 - lequel est devenu définitif et exécutoire - Y ne peut revenir sur le même sujet devant une autre autorité judiciaire. Si elle entendait contester ledit jugement, il lui incombait de recourir contre celui-ci et non pas de saisir le Tribunal des assurances.

Dans ses déterminations du 31 octobre 2005, Y a implicitement conclu à ce qu'il soit entré en matière sur sa demande du 30 juin 2005. En premier lieu, elle relevait que contrairement à ce que soutenait X, la présente cause avait bien trait à une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. En second lieu, elle indiquait

que l'exception de l'autorité de la chose jugée ne pouvait être soulevée, dès lors, d'une part, que la question de la surindemnisation n'avait pas été définitivement réglée par le jugement de la Cour civile et, d'autre part, que la procédure ouverte devant le Tribunal des assurances n'opposerait pas les mêmes parties que celle ayant été ouverte devant la Cour civile, la caisse AVS de la Fédération patronale vaudoise devant encore être appelée en cause dans le cadre de cette procédure-là.

Dans ses déterminations du 5 décembre 2005, X a confirmé les conclusions de sa requête du 10 octobre précédent.

En droit

1. Le présent jugement incident a pour seul objet de statuer sur la recevabilité de l'action ouverte par la compagnie contre l'assuré, par demande du 30 juin 2005. Plus précisément, il convient, d'une part, d'examiner si le Tribunal des assurances est compétent - en particulier sur le plan *ratione materiae* - pour connaître de ladite demande et, d'autre part, de déterminer si le jugement de la Cour civile du 1^{er} juin 2005 revêt "l'autorité de la chose jugée" dans le cadre de présente action.

2. a) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art.1^{er} du décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; F.A.O. 1996 p. 1956]).

b) Aux termes de l'article 12 LAMal, les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral (al. 2). Les assurances désignées à cet alinéa 2 sont régies par la LCA (al. 3).

Dans un arrêt SP contre S Assurances, du 24 juin 1998 (JT 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 première phrase 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' LAMal. Les mêmes principes sont applicables, sur le plan général, à toute assurance qui présente un lien matériel immédiat avec l'assurance-maladie sociale ou, autrement dit, dont la vocation est de compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal. Ainsi, la jurisprudence vaudoise a aussi reconnu implicitement la qualité d'assurances complémentaires à des assurances complémentaires de "soins spéciaux élargis" et de "frais d'hospitalisation en division privée ou en clinique avec limitation du choix de l'établissement" (JT 1999 III 106, cons. 4 et 5, confirmé par Ch. rec., arrêt S. c. B., du 2 février 2000, n. 31/2000; Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JT 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, p. 757 ss, spéc. 763).

3. a) aa) Afin de se prononcer sur la compétence *ratione materiae* de l'autorité de céans pour connaître de la demande du 30 juin 2005, il convient de déterminer si l'assurance d'indemnités journalières dont bénéficiait l'assuré - et qui est à l'origine de ladite demande - est une assurance complémentaire au sens de la LAMal, la jurisprudence de la Chambre des recours et le décret du Grand conseil précité ayant attribué au Tribunal des assurances le contentieux relatif à ce type-ci d'assurances.

bb) Selon la jurisprudence de la Chambre des recours citée au considérant 2 b ci-dessus, est considérée comme une assurance

complémentaire au sens de la LAMal, toute assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 et suivants LAMal.

En vertu des articles 1 alinéa 1^{er} et 5 alinéa 1^{er} des CGA de l'intimée, le risque assuré dans le cadre du contrat d'assurance en cause était l'incapacité de travail en cas de maladie. Selon l'article 1 alinéa 2 lettre a des CGA, était qualifié de maladie tout trouble involontaire du fonctionnement de l'organisme, médicalement décelable et n'étant pas dû à un accident. L'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal prévoit quant à elle le versement de prestations en faveur d'un assuré en cas de maladie, celle-ci étant définie comme une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA]). Cela étant, force est de constater que l'assurance d'indemnités journalières conclue entre les parties couvrait le même risque que celui qui est garanti aux articles 67 et suivants LAMal - savoir l'incapacité de travail en cas de maladie -, la portée de cette notion étant la même selon l'article 3 alinéa 1^{er} LPGA que selon l'article 1 alinéa 2 lettre a des CGA de la compagnie.

En outre, les prestations ayant été servies sur la base du contrat d'assurance en cause sont de même nature que celles prévues par l'article 72 LAMal; en effet, toutes deux tendent à pallier le préjudice économique consécutif à une maladie, en garantissant un revenu de substitution à l'assuré au cours d'une période déterminée. A ce titre, l'argumentation avancée par l'instant à l'incident dans le cadre de sa requête du 10 octobre 2005 n'est pas relevante. D'une part, celui-ci n'établit pas que l'indemnité journalière ressortant de la police de la compagnie n'a pas été fixée en proportion de son salaire. D'autre part, les prestations allouées dans le cadre de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal ne dépendent pas nécessairement du salaire de l'assuré, la loi ne prévoyant aucune base de calcul pour leur établissement. En effet, l'article 72 alinéa 1^{er} LAMal dispose uniquement que l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités

journalières assurées. Cela étant, aucun élément ne permet de différencier la nature des indemnités journalières allouées par la compagnie à l'assuré de celles garanties par les articles 67 et suivants LAMal.

cc) Il s'ensuit que l'assurance d'indemnités journalières conclue entre les parties est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Partant, la compétence *ratione materiae* de l'autorité de céans pour connaître de la demande du 30 juin 2005 est donnée.

b) De même, selon l'article 3 alinéa 1^{er} lettre a de la loi fédérale sur les fors en matière civile (Lfors), le Tribunal des assurances est compétent sur le plan *ratione loci* pour connaître de ladite demande, le défendeur étant domicilié dans le canton de Vaud.

4. Un jugement a l'autorité de la chose jugée (ou la force de chose jugée au sens matériel; *materielle Rechtskraft*) lorsqu'il est obligatoire, c'est-à-dire qu'il ne peut plus être remis en discussion ni par les parties, ni par les tribunaux. Il s'ensuit que les parties ne peuvent pas engager un nouveau procès sur le même objet et que les tribunaux saisis d'une autre cause et appelés à statuer à titre préjudiciel sur la question tranchée par ce jugement sont liés par le dispositif de celui-ci. L'autorité de la chose jugée est un principe de droit fédéral pour les prétentions de droit matériel fédéral (ATF 120 II 352 cons. 2 a; ATF 119 II 89/JT 1994 I 59, cons. 2 a; F. Hohl, procédure civile, tome I, Introduction et théorie générale, Berne 2001, p.244, ch. 1289, 1290 et 1292).

Pour que l'exception d'autorité de la chose jugée soit admise, il faut que la prétention qui est invoquée dans le nouveau procès ou qui est l'objet de la question préjudicielle à trancher dans ce nouveau procès soit identique à celle qui a fait l'objet d'un précédent jugement. Les prétentions sont identiques :

lorsqu'elles opposent les mêmes parties, c'est-à-dire lorsque le premier procès et le nouveau procès opposent les mêmes parties ou leurs successeurs en droit, et cela quels qu'aient été ou que soient leurs rôles respectifs dans l'un et l'autre.

lorsqu'elles concernent le même objet, autrement dit lorsque la prétention qui est invoquée dans le nouveau procès se base sur la même cause juridique et sur le même état de fait que la prétention qui a fait l'objet du précédent jugement (F. Hohl, op. cit., p. 245, ch. 1295 à 1298).

Il n'y a pas identité d'objets lorsque les conclusions sont différentes ou lorsque des faits nouveaux sont survenus depuis le premier jugement (vrais nova) et que la nouvelle demande se fonde sur eux. Lorsque le fondement juridique de la prétention demeure inchangé, mais que le demandeur invoque des faits importants qui sont survenus entre-temps (à savoir depuis le moment où, selon le droit cantonal, l'état de fait a été définitivement arrêté) et qui ont donné naissance à la prétention dans la forme qu'elle revêt dans le second procès, il n'y a pas identité des prétentions. Par contre, si le demandeur découvre subséquemment des faits importants ou des preuves concluantes - faits et preuves qui existaient déjà, mais qu'il n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente (faux nova) -, c'est la voie de la révision qui lui est ouverte (ATF 116 II 738 cons. 2 a). La survenance de l'exigibilité de la créance est un fait nouveau (F. Hohl, op. cit., p. 246, ch. 1303 ss).

L'autorité de la chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif du jugement. Elle ne s'étend pas aux motifs. Le juge appelé à statuer dans un autre litige n'est donc pas lié par les constatations de fait et les considérations juridiques de ce précédent jugement (ATF 121 III 474/JT 1996 1230; ATF 115 II 187/JT 1989 I 586, cons. 3 b). Cependant, il faudra parfois recourir aux motifs du jugement pour connaître le sens exact, la nature et la portée précise du dispositif. C'est ainsi que l'on saura quelle a été la cause de la demande (à savoir l'état de fait qui lui a donné naissance) et ce sur quoi le juge s'est réellement prononcé (ATF 116 II 738 cons. 2 a in fine; F. Hohl, op. cit., p. 246 et 247, ch. 1309 ss.).

5. **a)** En l'espèce, l'instant à l'incident invoque l'exception de l'autorité de la chose jugée, en faisant valoir que les prétentions que la compagnie fait valoir à son encontre, dans sa demande du 30 juin 2005, ont déjà été rejetées dans le cadre du jugement de la Cour civile du 1^{er} juin 2005, lequel est devenu définitif et exécutoire.

b) A première vue, les conclusions formulées par la compagnie dans sa demande du 30 juin 2005 sont les mêmes que celles qu'elle a prises reconventionnellement devant la Cour civile, par duplique complémentaire du 30 octobre 2003. En effet, les montants articulés dans ces deux écritures sont identiques et se basent sur la même cause juridique, à savoir la restitution, sur la base de l'article 5 alinéa 4 des CGA de l'intimée, des prestations de l'AI ayant été versées à l'assuré, en sus des indemnités journalières servies par la compagnie, entre le 23 septembre 1998 et le 22 août 2000.

Dans son jugement du 1^{er} juin 2005, la Cour civile a rejeté les conclusions reconventionnelles de la compagnie, au motif que l'assuré ne pouvait être considéré, en l'état, comme bénéficiaire de prestations de l'AI, dès lors qu'aucune décision formelle quant à la quotité de sa rente ne lui avait encore été notifiée. Au considérant IV de son jugement, la Cour civile a toutefois expressément réservé l'application de l'article 5 alinéa 4 des CGA de l'intimée, pour le moment où une telle décision formelle sera établie. A ce titre, il était en effet précisé ce qui suit : "*Cas échéant, le demandeur s'exposera alors au risque de se voir imputer le moment venu tout ou partie des sommes allouées dans le cadre de la présente procédure*".

Ainsi, il apparaît que la question de la surindemnisation n'a pas été définitivement réglée dans le jugement de la Cour civile du 1^{er} juin 2005, cette autorité ayant considéré que dite question pourrait être réexaminée une fois les décomptes de prestations établis par l'AI. Dès lors que la compagnie prétend, dans le cadre de sa demande du 30 juin 2005, que ces décomptes ont été établis, il y a lieu de considérer que sa prétention se base sur un fait nouveau (vrai nova) et qu'elle n'est donc pas identique à celle tranchée par la Cour civile. Partant, l'exception de l'autorité de la chose jugée soulevée par l'assuré dans sa requête du 10 octobre 2005 doit être rejetée.

6. Au vu de ce qui précède, la requête incidente du 10 octobre 2005 soulevant le déclinatoire et l'exception de l'autorité de la chose jugée doit être rejetée, de sorte qu'il sera entré en matière sur la demande déposée par la compagnie contre l'assuré le 30 juin 2005.

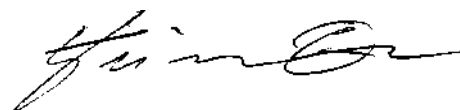
**Par ces motifs,
Le Président du Tribunal des assurances
prononce**

I La requête soulevant le déclinatoire et l'autorité de la chose jugée, déposée le 10 octobre 2005 par X contre Y Assurances, est rejetée.

II. Il sera entré en matière sur les conclusions de la demande déposée le 30 juin 2005 par Y contre X, un délai au 15 mai 2006 étant imparti à ce dernier pour déposer sa réponse.

Le président :

Le greffier :



28 MARS 2006

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception. Il est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 49 al. 2 LSA).

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal **dans un délai de dix "ours** dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du _____ Tribunal cantonal des assurances, route du Signal 8, à 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.

**PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL**

Legreffier:



Le greffier :

