

CHAMBRE DES RECOURS

Séance du 6 septembre 2006

Présidence de M. CREUX, président

Juges : M. Denys et M. Ballenegger, juge suppléant

Greffier : M. d'Eggis, greffier-substitut

Art. 67 ss LAMal; 47 LSA; 1er du décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie; 475 CPC

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper du recours interjeté par **X**, défendeur, à Vevey, contre le jugement incident rendu le 29 décembre 2005 par le Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud dans la cause divisant le recourant d'avec **Y ASSURANCES**, demanderesse, à Lausanne.

Délibérant en audience publique, la cour voit :

E n f a i t

A. Par jugement incident du 29 décembre 2005, le Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté la requête soulevant le déclinatoire et l'autorité de chose jugée déposée le 10 octobre 2005 par le défendeur X contre la demanderesse Y Assurances (I) et dit qu'il sera entré en matière sur les conclusions de la demande déposée le 30 juin 2005, un délai au 15 mai 2006 étant imparti au défendeur pour déposer la réponse **(II)**.

La Chambre des recours fait sien l'état de fait de ce jugement incident, qui retient notamment les faits suivants

a) Le défendeur X, né en 1967, était assuré auprès de la demanderesse Y Assurances pour la perte de salaire en cas de maladie, savoir une indemnité journalière de 138 fr. par jour, payable dès le 31^{ème} jour d'incapacité de travail, durant 720 jours au maximum dans une période de 900 jours consécutifs. Les conditions générales d'assurance définissaient la maladie et les modalités de versement de l'indemnité journalière. En particulier, leur article 5 prévoyait qu'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), que 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'augmentant pas les obligations de la compagnie (al. 3) et que, lorsque les institutions mentionnées au 3^{ème} 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).

La demanderesse a versé au défendeur le montant de 53'820 fr. pour des indemnités entre le 23 septembre 1998 et le 22 août 2000. Par décision du

31 janvier 2002, l'Office de l'assurance-invalidité a octroyé au défendeur une demi-rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) dès le 1er novembre 1997.

b) Par demande déposée le 19 juillet 2000 devant la Cour civile du Tribunal cantonal, X a ouvert action en paiement d'un montant de 22'709 francs contre Y Assurances. Cette dernière a conclu au rejet des conclusions de la demande et, reconventionnellement, au paiement du montant de 53'820 fr pour surindemnisation.

Par jugement du 1^{er} juin 2005, la Cour civile du Tribunal cantonal a prononcé que la défenderesse doit payer au demandeur la somme de 8'625 fr., avec intérêt (I), arrêté les frais et dépens (II et III) et rejeté toutes autres ou plus amples conclusions. Au considérant IV de ce jugement, on peut lire 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 LPGGA, 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 montant 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 l'AI 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, qui n'a pas fait l'objet d'un recours, est définitif et exécutoire.

c) Le 30 juin 2005, Y Assurances a ouvert action devant le Tribunal cantonal des assurances contre X en paiement d'un montant de 29'322 fr. 74 pour cause de surindemnisation. Cette somme représentait la différence entre les prestations d'assurances (indemnités journalières et prestations AI), d'une part, et le gain perdu, d'autre part.

A l'audience d'instruction devant le Président du Tribunal des assurances du 26 septembre 2005, le défendeur a invoqué l'exception de chose jugée. Par requête incidente du 10 octobre 2005, il a soulevé le déclinatoire et l'exception de chose jugée en concluant à l'irrecevabilité de la demande déposée le 30 juin 2005.

La demanderesse a conclu au rejet des deux incidents.

d) Le premier juge a considéré en bref que le litige, relatif à une assurance complémentaire de l'assurance-maladie sociale, est de la compétence du Tribunal des assurances (c. 2 et 3). Par ailleurs, il a admis que le procès devant la Cour civile et celui devant le Tribunal des assurances concernaient les mêmes parties (Y Assurances et X) et que les conclusions étaient fondées sur une même cause juridique (identité de chose demandée); en revanche, il a considéré que la question de la surindemnisation avait été laissée ouverte par la Cour civile et que Y Assurances se fondait sur un fait nouveau, à savoir que des décomptes avaient été établis (vrai nova), si bien qu'il n'y avait pas identité des faits (identité de cause) (c. 4).

B X a recouru contre ce jugement incident en concluant, avec dépens, à la réforme en ce sens que les requêtes incidentes relatives au déclinatoire et à la force de chose jugée sont admises, le Tribunal des assurances n'étant pas compétent. Dans son mémoire, il a développé ses moyens et confirmé ses conclusions.

L'intimée a conclu au rejet du recours, avec dépens.

En droit

1. a) Le recours en réforme est dirigé contre deux décisions incidentes, l'une relative à une requête de déclinatoire, l'autre relative à l'autorité de chose jugée, toutes deux rendues par le Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Le recours en réforme est ouvert pour ce qui concerne le déclinatoire (JT 1999 III 106). Dès lors que le président du Tribunal des assurances a rendu une seule décision incidente pour le déclinatoire et l'autorité de la chose jugée, il y a lieu d'admettre que, par attraction de compétence, le second point peut aussi être soumis à la Chambre des recours.

b) Le pouvoir d'examen de la cour de céans à l'égard d'un jugement incident sur déclinatoire est celui de l'article 457 CPC (JT 1999 III 106, c. 3/c, p. 115). Cette disposition prévoit qu'en matière de recours en réforme contre les jugements rendus par un juge de paix, le Tribunal cantonal doit admettre comme constants les faits tels qu'ils ont été constatés par le jugement, à moins que la constatation d'un fait soit en contradiction avec les pièces du dossier. Il peut compléter les faits sur la base du dossier (art. 457 al. 1^{er}) et apprécie librement la portée juridique des faits (art. 57 al. 2).

En l'espèce, l'état de fait du jugement rendu par le président du Tribunal des assurances, qui est complet et conforme aux pièces du dossier, permet à la Chambre des recours de statuer à nouveau sur les deux incidents sans qu'une instruction complémentaire, qui n'a pas été requise, soit nécessaire.

2. a) Le recourant soutient que l'assurance perte de gain en cas de maladie conclue auprès de l'intimée n'est pas une assurance-maladie complémentaire au sens de l'article 67 LAMal, partant qu'elle n'entre pas dans la compétence du Tribunal des assurances. Selon lui, l'assurance en cause ne stipule pas une indemnité journalière en proportion du salaire; si le montant couvert est

inférieur au gain assuré, on est en présence d'une assurance facultative, et non pas d'une assurance complémentaire entrant dans la définition de la LAMal; de surcroît, la police d'assurance ne contient pas de valeur maximale assurée.

b) Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie, pratiquées par des caisses-maladie ou des assurances privées, relèvent du droit privé depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 [ci-après LAMal, RS 832.10], entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale sont soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 [LCA, RS 221.229.1] (art. 12 al. 3 LAMal).

Dans le canton de Vaud, par voie d'interprétation prétorienne de l'article premier du décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie [RSV 173.431], la jurisprudence a posé que le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est toujours de la compétence du Tribunal des assurances (JT 1999 III 106, c. 1/e, p. 114; Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JT 2000 III 79, sp. 80 à 82).

En l'espèce, le litige concerne les prestations versées par une assurance privée en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie. En effet, l'assurance en question a été conclue sur la base d'une « proposition pour l'assurance-maladie collective perte de salaire » établie en janvier 1995 entre l'intimée et l'ancien employeur du recourant, S SA (pièce 1). Le recourant a reçu un courrier du 7 mars 1996 par lequel l'intimée l'informait de la prime annuelle et de la liste des risques couverts, y compris une indemnité journalière en cas de maladie de 138 fr. dès le 31^{ème} jour jusqu'au 720^{ème} jour, jusqu'à l'âge de 65 ans. Un exemplaire des conditions générales ainsi que des clauses particulières étaient joints à ce courrier (pièce 3). Les prestations de l'assurance sont définies sous chiffre II des CGA, à savoir allocations journalières en cas d'incapacité de travail (art. 5), frais d'hospitalisation (art. 6), frais de transport, de sauvetage et de recherche (art. 7), etc. Dès lors, l'assurance perte de gain en cas de maladie a été conclue dans le cadre d'une police d'assurance maladie, par l'employeur. Certes, le montant de l'indemnité journalière est fixé de manière précise

(138 fr. par jour) et ne se réfère pas simplement au salaire du bénéficiaire au moment de son incapacité. La somme journalière assurée représente un montant de 4'140 fr. par mois, ce qui paraît bel et bien correspondre à l'ordre de grandeur du revenu d'un chauffeur-livreur il y a une dizaine d'années. L'assurance au bénéfice de laquelle se trouvait le recourant semble correspondre très exactement au type d'assurance prévue par les articles 67 et suivants LAMal. Le recourant tente en vain de démontrer le contraire, en s'appuyant sur des éléments sans pertinence.

Par ailleurs, dans la jurisprudence citée ci-dessus, la Chambre des recours n'a formulé aucune réserve ni procédé à des distinctions du genre de celles soulevées par le recourant. Au contraire, la Chambre des recours a institué une seule et même autorité judiciaire pour éviter que d'éventuelles différences risquent de porter un litige tantôt devant une autorité tantôt devant une autre. Ce souci de cohérence conduit à écarter les distinctions que le recourant tente de faire valoir. Dès lors, les litiges relatifs à l'assurance perte de gain conclue en faveur du recourant relèvent de la compétence du Tribunal des assurances. Le recours doit donc être rejeté sur ce point.

3 Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (matérielle Rechtskraft) relève du droit matériel fédéral dans la mesure où les prétentions déduites en justice se fondent sur ce droit (ATF 125 III 241, c. 1, p. 242; ATF 121 III 474, c. 2, pp. 476/477). Tel est le cas en l'espèce, l'intimée et défenderesse se basant sur les dispositions de la loi fédérale d'u 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance [LCA, RS 221.229.1] en matière de surindemnisation.

L'absence d'autorité de la chose jugée est une condition de recevabilité de la demande (ATF 121 III 474, c. 2, p. 477; ATF 119 II 89, c. 2a, p. 90). Dans l'acte de recours, le défendeur au fond devait par conséquent conclure à la réforme du jugement attaqué en ce sens que la demande est irrecevable, ce qu'il n'a pas fait. Cette erreur ne porte toutefois pas à conséquence dans la mesure où il résulte clairement des conclusions mêmes de l'acte de recours que le recourant entend faire admettre l'exception de chose jugée.

Un jugement a l'autorité de la chose jugée 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 (arrêt 5C.24212003 du 20 février 2004, c. 2.1). Tel est le cas du jugement rendu le 1er mars 2005 par la Cour civile du Tribunal cantonal, lequel n'a fait l'objet d'aucun recours.

Pour admettre l'autorité de la chose jugée, il faut d'abord que le premier procès et le nouveau procès opposent les mêmes parties ou leurs successeurs en droit (Hohl, Procédure civile, t. I, n. 1297, p. 245). Tel est le cas en l'espèce.

Il faut ensuite que la prétention litigieuse soit identique à celle qui a déjà fait l'objet d'un jugement passé en force (identité de l'objet du litige). Tel est le cas lorsque, dans l'un et l'autre procès, les parties ont soumis au juge la même prétention en se fondant sur la même cause juridique et sur les mêmes faits (ATF 125 III 241, c. 1, p. 242; ATE 123 III 16, c. 2a, p. 18). L'identité des prétentions s'entend au sens matériel, et non grammatical; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant, que les conclusions soient formulées de manière identique dans les deux procès (ATE 123 III 16, c. 2a, p. 19). En principe, seul le jugement au fond (Sachurteil) jouit de l'autorité de la chose jugée. Il faut donc que le juge ait examiné le fondement matériel de la prétention déduite en justice; pour déterminer si cette condition est réalisée, il y a lieu de se référer aux motifs du jugement, même si l'autorité de la chose jugée ne s'attache qu'au dispositif (ATF 128 III 191, c. 4a, p. 195; ATF 125 III 8, c. 3b, p. 13; ATF 121 III 274, c. 4a, pp. 477/478, JT 1996 I 230).

En l'espèce, la question de la surindemnisation est posée dans les mêmes termes dans les deux procès; le décompte des prétentions est le même et les conclusions à cet égard portent sur le même montant. Il y a donc identité d'objet.

Il faut enfin que les prétentions soient identiques, c'est-à-dire qu'elles concernent la même cause. Le problème de l'identité de cause doit être résolu en examinant les faits juridiques à la base des deux procès. En règle générale, le plaideur qui intente une seconde action dans le cadre d'un même litige allègue des faits nouveaux, postérieurs à ceux retenus dans le jugement ou antérieurs à lui. Il s'agit pour le juge de déterminer si ces nova constituent une cause nouvelle et l'autorisent par conséquent à rendre une nouvelle décision (Piguet, L'exception de chose jugée spécialement en procédure civile vaudoise, thèse Lausanne 1956, p. 64). Il n'y a pas identité de cause - bien que le motif juridique invoqué soit le

même - lorsqu'on allègue un fait nouveau qui a donné naissance à l'action telle qu'elle est actuellement intentée ou qui a écarté ce qui mettait précédemment obstacle à son exercice ou à son existence (Brosset, FJS 601, p. 14).

En l'espèce, au considérant IV de son jugement du 1er juin 2005, la Cour civile du Tribunal cantonal a jugé, sur la base notamment des décomptes présentés, que le recourant ne pouvait pas être en l'état considéré comme bénéficiaire de prestations AI et qu'il s'exposerait le cas échéant, une fois les décomptes établis par l'AI, à se voir imputer en tout ou partie les sommes allouées dans la présente procédure. Sur cette base, la Cour civile a rejeté les conclusions reconventionnelles de l'intimée. Dans la demande adressée au Tribunal des assurances, l'intimée indique à ses allégués 32 et 33 que "contrairement à ce que soutient la Cour civile, le décompte des prestations a été établi" et que "la Cour civile a méconnu la disposition de l'article 85bis RAI". L'intimée se prévaut du même décompte AI que celui produit devant la Cour civile. Par le biais de sa nouvelle action, l'intimée entend ainsi remettre en cause le jugement de la Cour civile. Elle ne saurait procéder de la sorte. Il lui incombait de recourir si elle estimait l'approche suivie par la Cour civile irrégulière. Elle ne peut pallier cette carence en recommençant une procédure identique devant le Tribunal des assurances. A défaut de tout élément nouveau (vrais nova) réservé par la Cour civile dans son jugement, il y a aussi identité de cause. En outre, comme le relève le recourant, la compétence matérielle du Tribunal des assurances n'est pas impérative (cf. Fonjallaz, op. cit., in JT 2000 III 82), de sorte que le jugement de la Cour civile ne saurait être entaché de nullité pour incompétence manifeste de cette juridiction.

Le recourant peut donc se prévaloir de l'autorité de la chose jugée, si bien que la demande au fond est irrecevable.

4 En définitive, le recours doit être admis et le jugement réformé en ce sens que la requête soulevant l'exception de l'autorité de la chose jugée déposée par X est admise et que la demande de Y Assurances du 30 juin 2005 est déclarée irrecevable.

Les frais de deuxième instance du recourant sont arrêtés à 590 fr. (art. 232 TFJC).

L'intimée doit verser au recourant la somme de 1'600 fr. à titre de dépens de deuxième instance.

Par ces motifs,
la Chambre des recours du Tribunal cantonal,
statuant en audience publique,
prononce

I. Le recours est admis.

II. Le jugement est réformé en ce sens que la requête soulevant l'exception de l'autorité de la chose jugée déposée par X est admise et que la demande de Y Assurances du 30 juin 2005 est déclarée irrecevable.

III. Les frais de deuxième instance du recourant sont arrêtés à 590 fr. (cinq cent nonante francs).

IV. L'intimée Y Assurances doit verser au recourant Z la somme de 1'600 fr. (mille six cents francs) à titre de dépens de deuxième instance.

Le président :

Le greffier :

Du 6 septembre 2006

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié :

Me Minh Son Nguyen, avocat, rue du Simplon 13, case postale 1085,
1800 Vevey 1 (pour X),

Me Jean-François Croset, avocat, Cheneau-de-Bourg 3, case postale 6983,
1002 Lausanne (pour Y Assurances),

par l'envoi de photocopies.

Le greffier :

dt